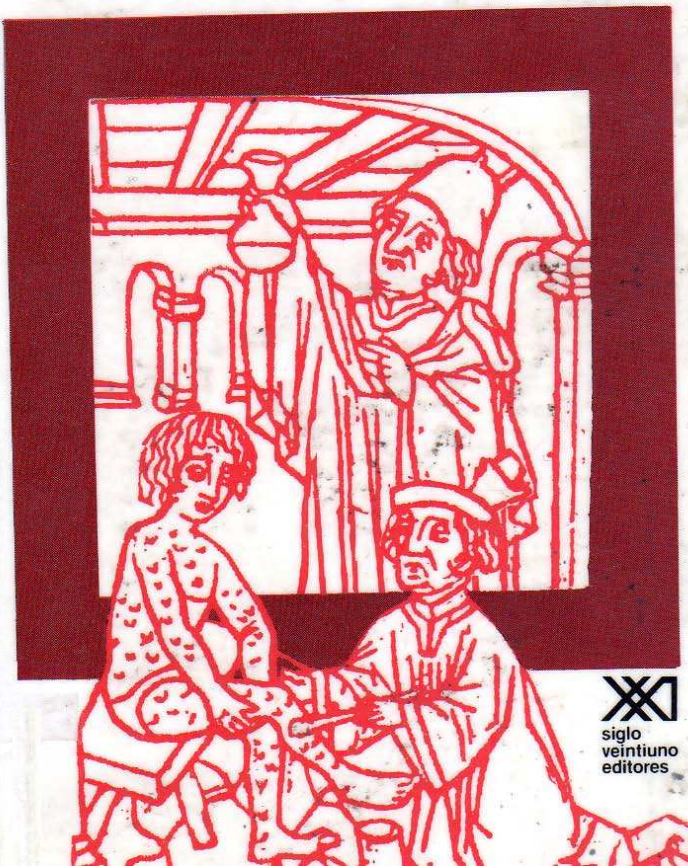
michel foucault

EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA

una arqueología de la mirada médica



siglo veintiuno editores

Traducción de

FRANCISCA PERUJO

EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA

una arqueología de la mirada médica

por

MICHEL FOUCAULT

siglo veintiuno editores, s.a. de c.v.
CERRO DEL AGUA 248, DELEGACION COYOACAN, 04310, MEXICO, D.F.

siglo xxi editores argentina, s.a.
LAVALLE 1634 PISO 11-A C-1048AAN, BUENOS AIRES, ARGENTINA

cultura Libre
portada de anhelo hernández

primera edición en español, 1966
vigésima edición en español, 2001
© siglo xxi editores, s.a. de c.v.
isbn 968-23-0068-1

primera edición en francés, 1953
© presses universitaires de france, parís
título original: *naissance de la clinique*

derechos reservados conforme a la ley
impreso y hecho en méxico/printed and made in mexico

INDICE

PREFACIO		1
UNO	ESPACIOS Y CLASES	16
DOS	UNA CONCIENCIA POLÍTICA	42
TRES	EL CAMPO LIBRE	63
	1. Las estructuras de los hospitales se ponen en tela de juicio	65
	2. El derecho de ejercicio y la enseñanza médica	72
CUATRO	ANTIGÜEDAD DE LA CLÍNICA	84
CINCO	LA LECCIÓN DE LOS HOSPITALES	97
	1. Las medidas del 14 Frimario año III	105
	2. Reformas y discusiones durante los años V y VI	109
	3. La intervención de Cabanis y la reorganización del año XI	118
SEIS	SIGNOS Y CASOS	129
	1. La alternación de los momentos hablados y de los momentos percibidos en una observación	160
	2. La soberanía de la conciencia es lo que transforma el síntoma en signo	135
	3. El ser de la enfermedad es enteramente enunciable en su verdad	138
SIETE	VER, SABER	154
	1. La alternación de los momentos ha-	

blados y de los momentos percibidos en una observación 160
2. El esfuerzo para definir una forma estatutaria de correlación entre la mirada y el lenguaje 162
3. El ideal de una descripción exhaustiva 163

OCHO ABRID ALGUNOS CADÁVERES 177

NUEVE LO INVISIBLE VISIBLE 210

1. Principio de la comunicación de los tejidos 210
2. Principio de la impermeabilidad de los tejidos 211
3. Principio de la penetración en barrena 212
4. Principio de la especificación de la forma de ataque de los tejidos 213
5. Principio de la alteración de la alteración 214

DIEZ LAS CRISIS DE LAS FIEBRES 245

CONCLUSIÓN 274

BIBLIOGRAFÍA 281

I. Nosología 281
II. Policía y geografía médicas 282
III. Reforma de la práctica y de la enseñanza 285
IV. Los métodos 288
V. Anatomía patológica 290
VI. Las fiebres 291

PREFACIO

Este libro trata del espacio, del lenguaje y de la muerte; trata de la mirada.

Hacia mediados del siglo XVIII, Pomme cuidó y curó a una histérica haciéndola tomar "baños de diez a doce horas por día, durante diez meses completos". Al término de esta cura contra el desecamiento del sistema nervioso y el calor que lo alimentaba, Pomme vio "porciones membranosas, parecidas a fragmentos de pergamino empapado... desprenderse con ligeros dolores y salir diariamente con la orina, desollarse a la vez el uréter del lado derecho y salir entero por la misma vía". Lo mismo ocurrió "con los intestinos que, en otro momento, se despojaron de su túnica interna, la que vimos salir por el recto. El esófago, la tráquea y la lengua se habían desollado a su vez; y la enferma había arrojado diferentes piezas, ya por el vómito, ya por la expectoración".[1]

Y he aquí como, menos de cien años más tarde, un médico percibió una lesión anatómica del encéfalo y de sus envolturas; se trata de "falsas membranas", que se encuentran con frecuencia en sujetos afectados por "meningitis crónica": "Su superficie externa aplicada a la aracnoides de la duramáter se adhiere a esta lámina, ora de un modo muy flojo, y entonces se las separa fácilmente, ora de un modo firme e íntimo y, en este caso, algunas veces es muy difícil desprenderlas. Su superficie interna está tan sólo contigua la aracnoides, con la cual no contrae ninguna unión... Las falsas membranas son a menudo trans-

[1] P. Pomme, *Traité des affections vaporeuses des deux sexes* (4ª ed., Lyon, 1769), t. I, pp. 60-65.

parentes, sobre todo cuando son muy delgadas; pero, por lo común, tienen un color blanquecino, grisáceo, rojizo y más raramente amarillento, parduzco y negruzco. Esta materia ofrece, con frecuencia, matices diferentes que siguen las partes de la misma membrana. El espesor de estos productos accidentales varía mucho; son a veces de una delgadez tal que se podrían comparar a una tela de araña... La organización de las falsas membranas presenta, asimismo, muchas variedades: las delgadas son membranosas, parecidas a las películas albuminosas de los huevos y sin estructura propia diferente. Las demás, ofrecen a menudo en una de sus caras huellas de vasos sanguíneos entrecruzados en diversos sentidos e inyectados. A menudo son reductibles en láminas superpuestas, entre las cuales se interponen frecuentemente coágulos de una sangre más o menos decolorada." [2]

Entre el texto de Pomme que llevaba a su forma última los viejos mitos de la patología nerviosa y el de Bayle que describía, para un tiempo del cual no hemos salido aún, las lesiones encefálicas de la parálisis general, la diferencia es ínfima y total. Total, para nosotros, porque cada palabra de Bayle, en su precisión cualitativa, guía nuestra mirada en un mundo de constante visibilidad, mientras que el texto anterior nos habla el lenguaje, sin apoyo perceptivo, de los fantasmas. Pero esta evidente división, ¿qué experiencia fundamental puede instaurarla más acá de nuestras convicciones, allá donde éstas nacen y se justifican? ¿Quién puede asegurarnos que un médico del siglo XVIII no veía lo que veía, pero que han bastado algunas decenas de años para que las figuras fantásticas se disipen y el espacio liberado deje venir hasta los ojos el corte franco de las cosas?

No ha habido "psicoanálisis" del conocimiento mé-

[2] A. L. J. Bayle. *Nouvelle doctrine des maladies mentales* (París, 1825), pp. 23-24.

dico, ni ruptura más o menos espontánea de los cercos imaginarios; la medicina "positiva" no es la que ha hecho una elección "del objeto" dirigida al fin sobre la objetividad misma. Todos los dominios de un espacio quimérico por el cual se comunican médicos y enfermos, psicólogos y prácticos (nervios tensos y torcidos, sequedad ardiente, órganos endurecidos o quemados, nuevo nacimiento del cuerpo en el benéfico elemento de la frescura de las aguas), no han desaparecido; han sido desplazados más bien, y como encerrados en la singularidad del enfermo, del lado de la región de los "síntomas subjetivos" que define para el médico no ya el modo del conocimiento, sino el mundo de los objetos por conocer. El vínculo fantástico del saber y del sufrimiento, lejos de haberse roto, se ha asegurado por una vía más compleja que la simple permeabilidad de las imaginaciones; la presencia de la enfermedad en el cuerpo, sus tensiones, sus quemaduras, el mundo sordo de las entrañas, todo el revés negro del cuerpo que tapizan largos sueños sin ojos son, a la vez, discutidos en su objetividad por el discurso reductor del médico y fundados como tantos objetos por su mirada positiva. Las imágenes del dolor no son conjuradas en beneficio de un conocimiento neutralizado; han sido distribuidas de nuevo en el espacio donde se cruzan los cuerpos y las miradas. Ha cambiado la configuración sorda en la que se apoya el lenguaje, la relación de situación y de postura, entre el que habla y aquello de lo cual se habla.

En cuanto al lenguaje mismo, ¿a partir de qué momento, de qué modificación semántica o sintáctica, se pude reconocer que se ha transformado en discurso racional? ¿Qué línea decisiva se traza, por consiguiente, entre una descripción que pinta las membranas como "pergaminos empapados" y esta otra, no menos cualitativa, no menos metafórica que ve, extendidas sobre las envolturas del cerebro, películas de clara de huevo? ¿Las láminas "blancuzcas" y "rojizas" de Bayle

son, para un discurso científico, de valor diferente, de solidez y de objetividad más densas, que las laminillas endurecidas descritas por los médicos del siglo XVIII? Una mirada un poco más meticulosa, un recorrido verbal más lento y mejor apoyado en las cosas, valores epitéticos finos, a veces algo enredados, ¿no es simplemente, en el lenguaje médico, la proliferación de un estilo que desde la medicina galénica ha tendido, ante el gris de las cosas y de sus formas, playas de cualidades?

Para comprender cuándo se ha producido la mutación del discurso, sin duda es menester interrogar algo más que los contenidos temáticos o las modalidades lógicas, y recurrir a esta región en la cual las "cosas" y las "palabras" no están aún separadas, allá donde aún se pertenecen, al nivel del lenguaje, manera de ver y manera de decir. Será menester poner en duda la distribución originaria de lo visible y de lo invisible, en la medida en que ésta está ligada a la división de lo que se enuncia y de lo que se calla: entonces aparecerá, en una figura única, la articulación del lenguaje médico y de su objeto. Pero de precedencia no hay ninguna para que no se plantee una cuestión retrospectiva: sólo merece su puesta a la luz de una intención indiferente la estructura hablada de lo percibido, este espacio *lleno* en el *hueco* del cual el lenguaje toma su volumen y su medida. Es menester colocarse y, de una vez por todas, mantenerse en el nivel de la *espacialización* y de la *verbalización* fundamentales de lo patológico, allá de donde surge y se recoge la mirada locuaz que el médico posa sobre el corazón venenoso de las cosas.

La medicina moderna ha fijado su fecha de nacimiento hacia los últimos años del siglo XVIII. Cuando reflexiona sobre sí misma, identifica el origen de su positividad a una vuelta, más allá de toda teoría, a la

modestia eficaz de lo percibido. De hecho, este supuesto empirismo no descansa en un nuevo descubrimiento de los valores absolutos de lo visible, ni en el abandono resuelto de los sistemas y de sus quimeras, sino en una reorganización de este espacio manifiesto y secreto que se abrió cuando una mirada milenaria se detuvo en el sufrimiento de los hombres. El rejuvenecimiento de la percepción médica, la viva iluminación de los colores y de las cosas bajo la mirada de los primeros clínicos no es, sin embargo, un mito; a principios del siglo XIX, los médicos describieron lo que, durante siglos, había permanecido por debajo del umbral de lo visible y de lo enunciable; pero no es que ellos se pusieran de nuevo a percibir después de haber especulado durante mucho tiempo, o a escuchar a la razón más que a la imaginación; es que la relación de lo visible con lo invisible, necesaria a todo saber concreto, ha cambiado de estructura y hace aparecer bajo la mirada y en el lenguaje lo que estaba más acá y más allá de su dominio. Entre las palabras y las cosas, se ha trabado una nueva alianza, que hace *ver* y *decir*, y a veces en un discurso tan realmente "ingenuo" que parece situarse en un nivel más arcaico de racionalidad, como si se tratara de un regreso a una mirada al fin matinal.

En 1764, J. F. Meckel había querido estudiar las modificaciones del encéfalo en un determinado número de afecciones (apoplejía, manía, tisis): había utilizado el método racional del peso de los volúmenes iguales y de su comparación para determinar qué sectores del cerebro estaban desecados, qué otros obstruidos y de qué enfermedades. La medicina moderna no ha conservado casi nada de estas investigaciones. La patología del encéfalo ha inaugurado para nosotros su forma "positiva" cuando Bichat y sobre todo Récamier y Lallemand utilizaron el famoso "martillo terminado por una superficie ancha y delgada. Procediendo a pequeños golpes, estando el cráneo lleno,

no puede provocar esto una sacudida susceptible de producir trastornos. Más vale comenzar por su parte posterior, porque, cuando queda sólo el occipital por romper, es a menudo tan móvil que los golpes dan en falso... En los niños muy pequeños, los huesos son demasiado flexibles para ser rotos, demasiado delgados para ser aserrados; es preciso cortarlos con tijeras fuertes".[3] Entonces el fruto se abre: bajo el casco meticulosamente roto aparece algo, una masa blanda y grisácea, envuelta en pieles viscosas con nervaduras de sangre, triste pulpa frágil en la cual resplandece, al fin liberado, al fin traído a la luz, el objeto del saber. La agilidad artesanal de romper el cráneo ha remplazado la precisión científica de la balanza, y no obstante es en aquélla donde se reconoce nuestra ciencia después de Bichat: el gesto preciso, pero sin medida, que abre para la mirada la plenitud de las cosas concretas, con la cuadrícula menuda de sus cualidades, funda una objetividad más científica para nosotros que las meditaciones instrumentales de la cantidad. Las formas de la racionalidad médica se hunden en el espesor maravilloso de la percepción, ofreciendo como primera cara de la verdad el grano de las cosas, su color, sus manchas, su dureza, su adherencia. El espacio de la experiencia parece identificarse con el dominio de la mirada atenta, de esta vigilancia empírica abierta a la evidencia de los únicos contenidos visibles. El ojo se convierte en el depositario y en la fuente de la claridad; tiene el poder de traer a la luz una verdad que no recibe sino en la medida en que él la ha dado a la luz; al abrirse, abre lo verdadero de una primera apertura: flexión que marca, a partir del mundo de la claridad clásica, el paso de las "Luces" al siglo XIX.

Para Descartes y Malebranche, ver era percibir (y

[3] F. Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale* (París, 1820), Introd., p. VII nota.

hasta bajo las especies más concretas de la experiencia: práctica de la anatomía en Descartes, observaciones microscópicas en Malebranche); pero se trataba, sin despojar la percepción de su cuerpo sensible, de hacerla transparente para el ejercicio del espíritu: la luz, anterior a toda mirada, era el elemento de lo ideal, el lugar de origen, imposible de designar, donde las cosas eran adecuadas a su esencia y a la forma según la cual la alcanzaban a través de la geometría de los cuerpos; llegado a su perfección, el acto de ver se resorbía en la figura sin curva ni duración de la luz. A fines del siglo XVIII, ver consiste en dejar a la experiencia su mayor opacidad corporal; lo sólido, lo oscuro, la densidad de las cosas encerradas en ellas mismas, tienen poderes de verdad que no toman de la luz, sino de la lentitud de la mirada que las recorre, las rodea y poco a poco las penetra, no aportándoles jamás sino su propia claridad. La permanencia de la verdad en el núcleo sombrío de las cosas está paradójicamente ligada a este poder soberano de la mirada empírica que hace de su noche día. Toda la luz pasa del lado de la débil antorcha del ojo que da vuelta ahora alrededor de los volúmenes y dice, en este camino, su lugar y su forma. El discurso racional se apoya menos en la geometría de la luz que en la densidad insistente, imposible de rebasar del objeto: en su presencia oscura, pero previa a todo saber, se dan el origen, el dominio y el límite de la experiencia. La mirada está pasivamente ligada a esta primera pasividad que la consagra a la tarea infinita de recorrerla en su integridad y de adueñarse de ella.

Tocaba a este lenguaje de las cosas y sólo a él, sin duda, autorizar a propósito del individuo un saber que no fuera simplemente de orden histórico o estético. Que la definición del individuo fuera una tarea infinita, no era un obstáculo para una experiencia que, al aceptar sus propios límites, prolongaba su quehacer en lo ilimitado. La cualidad singular, el im-

palpable color, la forma única y transitoria, al adquirir el estatuto del objeto, han tomado su peso y su solidez. Ninguna luz podrá ya disolverlas en las verdades ideales; pero la aplicación de la mirada, alternativamente, las despertará y las hará valer sobre el fondo de objetividad. La mirada no es ya reductora, sino fundadora del individuo en su calidad irreductible. Y por eso se hace posible organizar alrededor de él un lenguaje racional. El *objeto* del discurso puede bien ser así un *sujeto,* sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo, modificadas. Esta reorganización *formal* y *de profundidad,* más que el abandono de las teorías y de los viejos sistemas, es la que ha abierto la posibilidad de una *experiencia clínica;* ha retirado el viejo entredicho aristotélico: se podrá al fin hacer sobre el individuo un discurso de estructura científica.

En este acceso al individuo ven nuestros contemporáneos la instauración de un "coloquio singular" y la formulación más concisa de un viejo humanismo médico, tan antiguo como la piedad de los hombres. Las fenomenologías acéfalas de la comprensión mezclan a esta idea mal trabada, la arena de su desierto conceptual; el vocabulario débilmente erotizado del "encuentro" y de la "pareja médico-enfermo", se agota queriendo comunicar a tanto no-pensamiento los pálidos poderes de una ensoñación matrimonial. La experiencia clínica —esta apertura, la primera en la historia occidental, del individuo concreto al lenguaje de la racionalidad, este acontecimiento decisivo en la relación del hombre consigo mismo y del lenguaje con las cosas— ha sido tomada muy pronto por un emparejamiento simple, sin concepto, de una mirada y de un rostro, de una ojeada y de un cuerpo mudo, especie de contacto previo a todo discurso y libre de los embarazos del lenguaje, por el cual dos individuos

vivos están "enjaulados", en una situación común, pero no recíproca. En sus últimas sacudidas, la medicina llamada liberal invoca a su vez, a favor de un mercado abierto, los viejos derechos de una clínica comprendida como contrato singular y pacto tácito de hombre a hombre. Se presta incluso a esta mirada paciente el poder de alcanzar, por añadidura mesurada de razonamiento —ni demasiado, ni demasiado poco—, la forma general de todo conocimiento científico: "Para poder proponer a cada uno de nuestros enfermos un tratamiento que se adapte perfectamente a su enfermedad y a él mismo, tratamos de tener una idea objetiva y completa de su caso, recogemos en un expediente personal (su 'observación') la totalidad de las informaciones de que disponemos sobre él. 'Lo observamos' de la misma manera que observamos los astros o un experimento de laboratorio."[4]

Los milagros no son tan fáciles en absoluto: la mutación que ha permitido y que, todos los días, permite aún que el "lecho" del enfermo se convierta en un campo de investigación y de discursos científicos no es la mezcla, de repente deflagrante, de una vieja costumbre con una lógica más antigua aún, o la de un saber con el curioso compuesto sensorial de un "tacto", de una "ojeada", y de un "olfato". La medicina como ciencia clínica apareció bajo condiciones que definen, con su posibilidad histórica, el dominio de su experiencia y la estructura de su racionalidad. Éstas forman su *a priori* concreto que es ahora posible sacar a la luz, quizá porque está por nacer una nueva experiencia de la enfermedad, que ofrece, sobre la que rechaza en el tiempo, la posibilidad de una percepción histórica y crítica.

Pero aquí es necesario un rodeo para fundar este

[4] J. Ch. Sournia, *Logique et morale du diagnostic* (París, 1962), p. 19.

discurso sobre el nacimiento de la clínica. Discurso extraño, por supuesto, ya que no pretende apoyarse ni en la conciencia actual de los clínicos, ni siquiera en la repetición de lo que en otro tiempo ellos pudieron decir.

Es muy probable que pertenezcamos a una época de crítica cuya ausencia de una filosofía primera nos evoque a cada instante el reino de la fatalidad: época de inteligencia que nos mantiene irremediablemente a distancia de un lenguaje originario. Para Kant, la posibilidad de una crítica y su necesidad estaban vinculadas, a través de determinados contenidos científicos, al hecho de que hay un conocimiento. En nuestros días están vinculadas –y el Nietzsche filólogo es testimonio de ello– al hecho de que hay un lenguaje y de que, en las palabras sinnúmero pronunciadas por los hombres –sean ellas razonables o insensatas, demostrativas o poéticas– ha tomado cuerpo un sentido que cae sobre nosotros, conduce nuestra ceguera, pero espera en la oscuridad nuestra toma de conciencia para salir a la luz y ponerse a hablar. Estamos consagrados históricamente a la historia, a la construcción paciente de discursos sobre discursos, a la tarea de oír lo que ya ha sido dicho.

¿Es fatal, por lo mismo, que no conozcamos otro uso de la palabra que el del comentario? Este último, a decir verdad, interroga al discurso sobre lo que éste dice y ha querido decir, trata de hacer surgir ese doble fondo de la palabra, donde ella se encuentra en una identidad consigo misma, que se supone más próxima a su verdad; se trata, al enunciar lo que ha sido dicho, de volver a decir lo que jamás ha sido pronunciado. En esta actividad de comentar que trata de hacer pasar un discurso apretado, antiguo y como silencioso para sí mismo a otro más parlanchín, a la vez más arcaico y más contemporáneo, se oculta una extraña actitud con respecto del lenguaje: comentar es admitir por definición un exceso del significado sobre

el significante, un resto necesariamente no formulado del pensamiento que el lenguaje ha dejado en la sombra, residuo que es su esencia misma, impelida fuera de su secreto; pero comentar supone también que este no-hablado duerme en la palabra, y que, por una superabundancia propia del significante, se puede al interrogarlo hacer hablar a un contenido que no estaba explícitamente significado. Esta doble plétora, al abrir la posibilidad del comentario, nos entrega a una tarea infinita que nada puede limitar: hay siempre significado que permanece y al cual es menester dar aún la palabra; en cuanto al significante, se ofrece siempre en una riqueza que nos interroga a pesar de nosotros mismos sobre lo que ésta "quiere decir". Significante y significado toman, así, una autonomía sustancial que asegura a cada uno de ellos aisladamente el tesoro de una significación virtual: al límite, uno podría existir sin el otro y ponerse a hablar de sí mismo: el comentario se aloja en este espacio supuesto. Pero, al mismo tiempo, inventa entre ellos un vínculo complejo, toda una trama indecisa que pone en juego los valores poéticos de la expresión: no se considera que el significante "traduzca" sin ocultar, y sin dejar al significado en una inagotable reserva; el significado no se descubre sino en el mundo visible y pesado de un significante cargado, él mismo, de un sentido que no domina. Cuando el comentario se dirige a los textos, trata todo el lenguaje como una conexión simbólica, es decir como una relación en parte natural, en parte arbitraria, jamás adecuada, desequilibrada por cada lado, por el exceso de todo lo que puede reunirse en un mismo elemento simbólico y por la proliferación de todas las formas que pueden simbolizar un único tema. El comentario se apoya sobre este postulado de que la palabra es acto de "traducción", de que tiene el peligroso privilegio de las imágenes de mostrar ocultando, y de que puede ser indefinidamente sustituida por ella misma, en la se-

rie abierta de las repeticiones discursivas; es decir, se apoya en una interpretación psicológica del lenguaje que señala el estigma de su origen histórico: la Exégesis, que escucha, a través de los entredichos, de los símbolos, de las imágenes sensibles, a través de todo el aparato de la Revelación, el Verbo de Dios, siempre secreto, siempre más allá de sí mismo. Comentamos desde hace años el lenguaje de nuestra cultura en este punto precisamente en el cual habíamos esperado en vano, durante siglos, la decisión de la Palabra.

Por definición, hablar sobre el pensamiento de otros, tratar de decir lo que ellos han dicho, es hacer un análisis del significado. Pero ¿es necesario que el significado sea siempre tratado como un contenido? ¿Como un encadenamiento de temas presentes los unos en los otros de un modo más o menos implícito? ¿No es posible hacer un análisis estructural del significado, que escape a la fatalidad del comentario dejando en su adecuación de origen significado y significante? Será menester entonces tratar los elementos semánticos, no como núcleos autónomos de significaciones múltiples, sino como segmentos funcionales que forman gradualmente sistema. El sentido de una proposición no se definiría por el tesoro de intenciones que ésta contuviera, descubriéndola y reservándola a la vez, sino por la diferencia que la articula sobre los demás enunciados reales y posibles, que le son contemporáneos, o a los cuales se opone en la serie lineal del tiempo. Entonces aparecería la forma sistemática del significado.

Hasta el presente, la historia de las ideas no conocía sino dos métodos. El uno, estético, era el de la analogía, de una analogía cuyas vías de difusión se seguían en el tiempo (génesis, filiaciones, parentescos, influencias), o en la superficie de una región histórica determinada (el espíritu de una época, su *Weltanschauung*, sus categorías fundamentales, la organización de su mundo sociocultural). El otro, psicoló-

gico, era el de la negación de los contenidos (tal siglo no fue tan racionalista o irracionalista como pretendía y como se ha creído), por el cual se inicia y se desarrolla una especie de "psicoanálisis" de los pensamientos cuyo término es de pleno derecho reversible, siendo el núcleo del núcleo siempre su contrario.

Se desearía intentar aquí un análisis estructural de un significado —el objeto de la experiencia médica— en una época en la cual, antes de los grandes descubrimientos del siglo XIX, éste ha modificado menos sus materiales que su forma sistemática. La clínica es a la vez un nuevo corte del significado, y el principio de su articulación en un significante en el cual tenemos la costumbre de reconocer, en una conciencia adormecida, el lenguaje de una "ciencia positiva".

A quien quisiera hacer su inventario temático, la idea de clínica aparecería sin duda cargada de valores demasiado turbios; probablemente se descifrarían en ella figuras incoloras como el efecto singular de la medicina sobre el enfermo, la diversidad de los temperamentos individuales, la probabilidad de la evolución patológica, la necesidad de una percepción en acecho, inquieta por las menores modalidades visibles, la forma empírica, acumulativa e indefinidamente abierta del saber médico: tantas viejas nociones empleadas desde hace mucho tiempo, y que formaban ya, sin ninguna duda, el bagaje de la medicina griega. Nada, en este arsenal cuya herrumbre lleva la huella de todos los tiempos, puede designar claramente lo que ha pasado en el viraje del siglo XVIII cuando al volverse a poner en juego el viejo tema clínico se "produjo", si hay que creer en las apariencias prematuras, una mutación esencial en el saber médico. Pero, considerada en su estructura formal, la clínica aparecía, para la experiencia del médico, como un nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciable: nueva distribución de los elementos discretos del espacio corporal (aislamiento, por ejemplo, del *tejido*, región funcio-

nal en dos dimensiones, que se opone a la masa funcionante del órgano y constituye la paradoja de una "superficie interior"), reorganización de los elementos que constituyen el fenómeno patológico (una gramática de los signos ha sustituido a una botánica de los síntomas), definición de las series lineales de acontecimientos mórbidos (por oposición a la maraña de las especies nosológicas), articulación de la enfermedad en el organismo (desaparición de las entidades mórbidas generales que agrupaban los síntomas en una figura lógica, en provecho de un estatuto local que sitúa al ser de la enfermedad con sus causas y sus efectos en un espacio de tres dimensiones). La aparición de la clínica, como hecho histórico, debe identificarse con el sistema de estas reorganizaciones. Esta nueva estructura está señalada, pero por supuesto no agostada, por el cambio ínfimo y decisivo que ha sustituido la pregunta: "¿Qué tiene usted?", con la cual se iniciaba en el siglo XVIII el diólogo del médico y del enfermo con su gramática y su estilo propios, por esta otra en la cual reconocemos el juego de la clínica y el principio de todo su discurso: "¿Dónde le duele a usted?" A partir de ahí, toda la relación del significante con el significado se distribuye de nuevo, y ahora en todos los niveles de la experiencia médica: entre los síntomas que significan y la enfermedad que se significa, entre la descripción y lo que ella describe, entre el acontecimiento y lo que éste pronostica, entre la lesión y el mal que ella señala, etc. La clínica, invocada sin cesar por su empirismo, la modestia de su atención y el cuidado con el cual deja venir silenciosamente las cosas bajo la mirada, sin turbarlas con ningún discurso, debe su importancia real al hecho de que es una reorganización en profundidad no sólo del discurso médico, sino de la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad. La *contención* del discurso clínico (proclamada por los médicos: rechazo de la teoría, abandono de los sistemas, no filosofía),

indica, en secreto, esta *reserva* inagotable a partir de la cual ella puede hablar: la estructura común que corta y articula lo que *ve* y lo que *dice*.

La búsqueda aquí emprendida implica por lo tanto el proyecto deliberado de ser crítica, en la medida en que se trata, fuera de toda intención prescriptiva, de determinar las condiciones de posibilidad de la experiencia médica, tal como la época moderna la ha conocido.

De una vez por todas, este libro no está escrito por un médico contra otro, o contra la medicina por una ausencia de medicina. Aquí, como en otras partes, se trata de un estudio estructural que intenta descifrar en el espesor de lo histórico las condiciones de la historia misma.

Lo que cuenta en los pensamientos de los hombres no es tanto lo que han pensado, sino lo *no-pensado*, que desde el comienzo del juego los sistematiza, haciéndolos para el resto del tiempo indefinidamente accesibles al lenguaje y abiertos a la tarea de pensarlos de nuevo.

I

ESPACIOS Y CLASES

Para nuestros ojos ya gastados, el cuerpo humano define, por derecho de naturaleza, el espacio de origen y la repartición de la enfermedad: espacio cuyas líneas, cuyos volúmenes, superficies y caminos están fijados, según una geometría ahora familiar, por el Atlas anatómico. Este orden del cuerpo sólido y visible no es, sin embargo, más que una de las maneras para la medicina de espacializar la enfermedad. Ni la primera indudablemente, ni la más fundamental. Hay distribuciones del mal que son otras y más originarias.

¿Cuándo se podrán definir las estructuras que siguen, en el volumen secreto del cuerpo, a las reacciones alérgicas? ¿Se ha hecho jamás la geometría específica de una difusión de virus, en la lámina delgada de un segmento de tejido? ¿Es en una anatomía euclidiana donde estos fenómenos pueden encontrar la ley de su espacialización? Bastaría recordar, después de todo, que la vieja teoría de las simpatías hablaba un vocabulario de correspondencias, de vecindades, de homologías: términos para los cuales el espacio percibido de la anatomía no ofrece casi léxico coherente. Cada gran pensamiento en el dominio de la patología, prescribe a la enfermedad una configuración, cuyos requisitos espaciales no son forzosamente los de la geometría clásica.

La superposición exacta del "cuerpo" de la enfermedad y del cuerpo del hombre enfermo no es, sin duda, más que un dato histórico y transitorio. Su evi-

dente encuentro no lo es sino para nosotros, o más bien nosotros comenzamos apenas a desprendernos de él. El espacio de *configuración* de la enfermedad y el espacio de *localización* del mal en el cuerpo no han sido superpuestos, en la experiencia médica, sino durante un corto período: el que coincide con la medicina del siglo XIX y los privilegios concedidos a la anatomía patológica. Época que marca la soberanía de la mirada, ya que en el mismo campo perceptivo, siguiendo las mismas continuidades o las mismas fallas, la experiencia lee de un golpe las lesiones visibles del organismo y la coherencia de las formas patológicas; el mal se articula exactamente en el cuerpo, y su distribución lógica entra en juego por masas anatómicas. La "ojeada" no tiene ya sino que ejercer sobre la verdad un derecho de origen.

Pero ¿cómo se ha formado este derecho que se da por inmemorial y natural? ¿Cómo este lugar, donde se señala la enfermedad, ha podido determinar soberanamente la figura que agrupa en ella los elementos? Paradójicamente, jamás el espacio de configuración de la enfermedad fue más libre, más independiente de su espacio de localización que en la medicina clasificadora, es decir, en esta forma de pensamiento médico que históricamente ha precedido en poco al método anatomoclínico, y lo ha hecho, estructuralmente, posible.

"No tratéis jamás una enfermedad sin haberos asegurado del espacio", decía Gilibert.[1] De la *Nosologie* de Sauvages (1761) a la *Nosographie* de Pinel (1798), la regla clasificadora domina la teoría médica y hasta la práctica: aparece como la lógica inmanente de las formas mórbidas, el principio de su desciframiento y la regla semántica de su definición: "No escuchéis por lo tanto a esos envidiosos que han querido arrojar la sombra del desprecio sobre los escritos

[1] Gilibert, *L'anarchie médicinale* (Neuchâtel, 1772), t. I, p. 198.

del célebre Sauvages... Recordad que él es, quizá, de todos los médicos que han vivido, el que ha sometido todos nuestros dogmas a las reglas infalibles de la sana lógica. Ved con qué atención definió las palabras, con qué escrúpulo circunscribió las definiciones de cada enfermedad." Antes de ser tomada en el espesor del cuerpo, la enfermedad recibe una organización jerarquizada en familias, géneros y especies. Aparentemente no se trata más que de un "cuadro" que permite hacer sensible, al aprendizaje y a la memoria, el copioso dominio de las enfermedades. Pero más profundamente que esta "metáfora" espacial, y para hacerla posible, la medicina clasificadora supone una cierta "configuración" de la enfermedad: jamás ha sido formulada por sí misma, pero se pueden definir después sus requisitos esenciales. Lo mismo que el árbol genealógico, más acá de la comparación que implica y de todos sus temas imaginarios, supone un espacio donde el parentesco se puede formalizar, el cuadro nosológico implica una figura de las enfermedades, que no es ni el encadenamiento de los efectos y de las causas ni la serie cronológica de los acontecimientos ni su trayecto visible en el cuerpo humano.

Esta organización traslada hacia los problemas subalternos la localización en el organismo, pero define un sistema fundamental de relaciones que ponen en juego desarrollos, subordinaciones, divisiones, similitudes. Este espacio encierra: una "vertical" donde se enredan las implicaciones; la fiebre "afluencia de frío y de calor sucesivos" puede desarrollarse en un solo episodio, o en varios; éstos pueden seguirse sin interrupción, o después de un intervalo; esta tregua puede no exceder de doce horas, alcanzar un día, durar dos días enteros, o incluso tener un ritmo mal definible; [2] y una "horizontal" donde se transfieren las

[2] F. Boissier de Sauvages, *Nosologie méthodique* (Lyon, 1772), t. II.

homologías. En las dos grandes encrucijadas de espasmos, se encuentran, según una simetría perfecta, las "tónicas parciales", las "tónicas generales", las "clónicas parciales" y las "clónicas generales";[3] o incluso en el orden de los derrames, lo que el catarro es en la garganta, la disentería lo es en el intestino.[4] Espacio profundo, anterior a todas las percepciones, y que de lejos las gobierna; a partir de él, de las líneas que cruza, de las masas que distribuye o jerarquiza, la enfermedad, al emerger bajo la mirada, va a tomar cuerpo en un organismo vivo.

¿Cuáles son los principios de esta configuración primaria de la enfermedad?

1. Los médicos del siglo XVIII la identifican con una experiencia "histórica", por oposición al saber "filosófico". Histórico es el conocimiento que circunscribe la pleuresía por sus cuatro fenómenos: fiebre, dificultad para respirar, tos y dolor de costado. Será filosófico el conocimiento que pone en duda el origen, el principio, las causas: enfriamiento, derrame seroso, inflamación de la pleura. La distinción de lo histórico y de lo filosófico no es la de causa y efecto: Cullen funda su sistema clasificador sobre la asignación de causas próximas;[5] ni la del principio y de las consecuencias, ya que Sydenham piensa hacer una búsqueda histórica estudiando "la manera en la cual la naturaleza produce y mantiene las diferentes formas de enfermedades":[6] Ni siquiera exactamente la diferencia de lo visible y de lo oculto, o de lo conjetural, ya que a veces es preciso acosar una "historia" que se repliega y se desarrolla en lo invisible,

[3] *Ibid.*, t. III.

[4] W. Cullen, *Institutions de médecine pratique* (trad., París, 1785), t. II, pp. 39-60.

[5] W. Cullen, *Institutions de médecine pratique* (trad. fr., París, 1785).

[6] Th. Sydenham, *Médecine pratique* (trad. Jault, París, 1784), p. 390.

como la fiebre héctica en algunos tísicos: "escollos ocultos bajo el agua".[7] Lo histórico se parece a todo lo que, de hecho o de derecho, tarde o temprano, abierta o indirectamente, puede ser dado a la mirada. Una causa que se ve, un síntoma que poco a poco se descubre, un principio que puede leerse desde su raíz, no son del orden del saber "filosófico", sino de un saber "muy simple", que "debe preceder a todos los demás", y se sitúa la forma originaria de la experiencia médica. Se trata de definir una especie de región fundamental donde las perspectivas se nivelan y donde las traslaciones están alineadas: el efecto tiene el mismo estatuto que su causa, el antecedente coincide con lo que sigue. En este espacio homogéneo los encadenamientos se desatan y el tiempo se aplasta: una inflamación local no es otra cosa que la yuxtaposición ideal de sus elementos "históricos" (enrojecimiento, tumor, calor, dolor) sin que entre en ello su red de determinaciones recíprocas o su entrecruzarse temporal.

La enfermedad se percibe fundamentalmente en un espacio de proyección sin profundidad, y por consiguiente sin desarrollo. No hay más que un plano y un instante. La forma bajo la cual se muestra originariamente la verdad, es la superficie donde el relieve se manifiesta y se elimina, a la vez, el retrato: "es preciso que el que escribe la historia de las enfermedades... observe con cuidado los fenómenos claros y naturales de las enfermedades por poco interesantes que le parezcan. En esto debe imitar a los pintores que cuando hacen un retrato tienen el cuidado de señalar hasta las marcas y las más pequeñas cosas naturales que se encuentran en el rostro del personaje que pintan".[8] La primera estructura que se concede la medicina clasificadora es el espacio llano de lo perpetuo simultáneo. Cuadro y mesa.

[7] *Ibid.*

[8] Th. Sydenham citado por Sauvages (*loc. cit.*, t. I, p. 88).

2. Es un espacio en el cual las analogías definen las esencias. Los cuadros se parecen, pero ellas se parecen también. De una enfermedad a otra, la *distancia* que las separa se mide por el único *grado* de su *parecido* sin que intervenga incluso la separación lógico-temporal de la genealogía. La desaparición de los movimientos voluntarios, el embotamiento de la sensibilidad interior o exterior, es el perfil general que se corta bajo formas particulares como la apoplejía, el síncope, la parálisis. En el interior de este gran parentesco, se establecen divisiones menores: la apoplejía hace perder el uso de todos los sentidos, y de toda la motilidad voluntaria, pero economiza la respiración y los movimientos cardiacos; la parálisis no actúa sino sobre un sector que se puede señalar localmente de la sensibilidad y de la motilidad; el síncope es general como la apoplejía, pero interrumpe los movimientos respiratorios.[9] La distribución perspectiva que nos hace ver en la parálisis un síntoma, en el síncope un episodio, en la apoplejía un ataque orgánico y funcional, no existe para la mirada clasificadora que es sensible a las únicas reparticiones de la superficie donde la proximidad no está definida por distancias métricas, sino por analogías de formas. Cuando éstas llegan a ser bastante densas, las analogías franquean el umbral del simple parentesco y acceden a la unidad de esencia. Entre una apoplejía que suspende de un golpe la motilidad y las formas crónicas y evolutivas que ganan poco a poco todo el sistema motor, no hay diferencia fundamental: en este espacio simultáneo en el cual las formas distribuidas por el tiempo se reúnen y se superponen, el parentesco se contrae en la identidad. En un mundo plano, homogéneo, no métrico, hay enfermedad esencial allá donde hay plétora de analogías.

[9] W. Cullen, *Médecine pratique* (trad. fr., París, 1785), t. II, p. 86.

3. La forma de la analogía vale al mismo tiempo como ley de su producción. Cuando se percibe un parecido, se fija simplemente un sistema de señales cómodas y relativas; se lee la estructura racional, discursiva y necesaria de la enfermedad. Ella no se parece a sí misma sino en la medida en que este parecido ha sido dado desde el comienzo de su construcción; la identidad está siempre del lado de la ley de la esencia. Como para la planta o el animal, el juego de la enfermedad es, fundamentalmente, específico: "El Ser supremo no se sujeta a leyes menos seguras al producir las enfermedades, o al madurar los humores morbíficos que al hacer crecer las plantas y los animales... El que observe atentamente el orden, el tiempo, la hora en que comienza el acceso de la fiebre cuartana, los fenómenos de estremecimiento, de calor, en una palabra, todos los síntomas que le son propios, tendrá tantas razones para creer que esta enfermedad es una especie, como las tiene para creer que una planta constituye una especie porque crece, florece y perece siempre de la misma manera."[10]

Doble importancia, para el pensamiento médico, este modelo botánico. Ha permitido primeramente la inversión del principio de la analogía de las formas como ley de producción de las esencias: también la atención perceptiva del médico que, aquí y allá, encuentra y aparenta, se comunica con todo derecho con el orden ontológico que organiza desde el interior, y antes de cualquier manifestación, el mundo de la enfermedad; el reconocimiento se abre desde el origen sobre el conocimiento, que inversamente encuentra en él su forma primera y más radical. El orden de la enfermedad no es, por otra parte, sino un calco del mundo de la vida: las mismas estructuras reinan aquí y allá, las mismas formas de repartición, el mismo ordenamiento. La racionalidad de la vida es idéntica

[10] Sydenham citado por Sauvages (*loc. cit.*, t. I, pp. 124-125).

a la racionalidad de lo que la amenaza. Éstas no son, la una con relación a la otra, como la naturaleza y la contranaturaleza, sino que, en un orden natural que les es común, se encajan y se superponen. En la enfermedad se *reconoce la vida,* ya que es la ley de la vida la que funda, además, el *conocimiento* de la enfermedad.

4. Se trata de especies a la vez naturales e ideales. Naturales, porque las enfermedades enuncian sus verdades esenciales; ideales, en la medida en que no se dan nunca en la experiencia sin modificación ni desorden. La primera perturbación es aportada con y por el enfermo mismo. A la pura esencia nosológica, que fija y agota sin residuo su lugar en el orden de las especies, el enfermo añade, como otras tantas perturbaciones, sus predisposiciones, su edad, su género de vida, y toda una serie de acontecimientos, que con relación al núcleo esencial representan accidentes. Para conocer la verdad del hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo: "Es preciso que el que describe una enfermedad tenga el cuidado de distinguir los síntomas que la acompañan necesariamente y que le son propios de los que no son sino accidentales y fortuitos, tales como los que dependen del temperamento y de la edad del enfermo."[11] Paradójicamente, el paciente es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis. Claro está, es preciso conocer "la estructura interna de nuestros cuerpos"; pero para sustraerla más bien, y liberar bajo la mirada del médico "la naturaleza y la combinación de los síntomas, de las crisis, y de las demás circunstancias que acompañan a las enfermedades.[12] No es lo patológico lo que actúa con relación a la vida, como una *contra-*

[11] Sydenham, citado *ibid.*

[12] Clifton, *État de la médecine ancienne et moderne* (trad. fr., París, 1742), p. 218.

naturaleza, sino el enfermo con relación a la enfermedad misma.

El enfermo, pero también el médico. Su intervención es violenta, si no se somete estrictamente a la disposición ideal de la nosología: "El conocimiento de las enfermedades es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad"; la mirada del médico no se dirige inicialmente a ese cuerpo concreto, a ese conjunto visible, a esta plenitud positiva que está frente a él, el enfermo; sino a intervalos de naturaleza, a lagunas y a distancias, donde aparecen como en un negativo "los signos que diferencian una enfermedad de otra, la verdadera de la falsa, la legítima de la bastarda, la maligna de la benigna".[13] Reja que oculta al enfermo reál, y retiene toda indiscreción terapéutica. Administrado demasiado pronto, con una intención polémica, el remedio contradice y enreda la esencia de la enfermedad; la impide acceder a su verdadera naturaleza, y al hacerla irregular la hace intratable. En el período de invasión, el médico debe únicamente retener su aliento, porque "los comienzos de la enfermedad están hechos para hacer conocer su clase, su género y su especie"; cuando los síntomas aumentan y toman amplitud, basta "disminuir su violencia y la de los dolores"; en el período de establecimiento, es preciso "seguir paso a paso los caminos que toma la naturaleza", reforzarla si es demasiado débil, pero disminuirla "si se aplica demasiado vigorosamente a destruir lo que la incomoda".[14]

En el espacio fundamental de la enfermedad, los médicos y los enfermos no están implicados de pleno derecho; son tolerados como tantas otras perturbaciones difícilmente evitables: el papel paradójico

[13] Frier, *Guide pour la conservation de l'homme* (Grenoble, 1789), p. 113.

[14] T. Guindant, *La nature opprimée par la médecine moderne* (París, 1768), pp. 10-11.

de la medicina consiste, sobre todo, en neutralizarlos, en mantener entre ellos el máximo de distancia para que la configuración ideal de la enfermedad, entre sus dos silencios, y el vacío que se abre del uno al otro, se haga forma concreta, libre, totalizada al fin en un cuadro inmóvil, simultáneo, sin espesor ni secreto donde el reconocimiento se abre por sí mismo, sobre el orden de las esencias.

El pensamiento clasificador se concede un espacio esencial que, no obstante, borra a cada momento. La enfermedad no existe más que en él, porque él la constituye como naturaleza; no obstante ésta aparece siempre un poco desplazada con relación a aquél porque se ofrece, en un enfermo real, a los ojos de un médico previamente armado. El hermoso espacio plano del retrato es a la vez el origen y el resultado último: lo que hace posible, en la raíz, un saber médico racional y seguro, y hacia el cual debe encaminarse sin cesar a través de lo que lo oculta a la vista. Hay pues un trabajo de la medicina que consiste en alcanzar su própia condición, pero por un camino en el cual ella debe borrar cada uno de sus pasos, ya que alcanza su fin en una neutralización progresiva de sí misma. La condición de su verdad es la exigencia que la esfuma. De aquí el extraño carácter de la mirada médica; está presa en una reciprocidad indefinida: se dirige a lo que hay de visible en la enfermedad, pero a partir del enfermo que oculta este visible, al mostrarlo; por consiguiente, debe reconocer para conocer, pero retener el conocimiento que apoyará su reconocimiento. Y esta mirada, al progresar, retrocede ya que no va hasta la verdad de la enfermedad sino dejándola ganar sobre ella y concluir, en sus fenómenos, su naturaleza.

Estructura necesariamente circular, paradójica, y autodestructora de la mirada, cuando ésta se dirige sobre un espacio plano y monótono, en el cual los espesores, los tiempos, las determinaciones y las cau-

sas están dados en sus signos, pero eliminados en su significación.

La enfermedad, que puede señalarse en el cuadro, se hace aparente en el cuerpo. Allí encuentra un espacio cuya configuración es del todo diferente: es este, concreto, de la percepción. Sus leyes definen las formas visibles que toma el mal en un organismo enfermo: la manera en la cual se reparte, se manifiesta, progresa alterando los sólidos, los movimientos, o las funciones, provoca lesiones visibles en la autopsia, suelta, en un punto u otro, el juego de los síntomas, provoca reacciones y con ello se orienta hacia un resultado fatal, o favorable. Se trata de estas figuras complejas y derivadas, por las cuales la esencia de la enfermedad, con su estructura en cuadro, se articula en el volumen espeso y denso del organismo y toma *cuerpo* en él.

¿Cómo puede hacerse visible el espacio plano, homogéneo y homológico de las clases en un sistema geográfico de masas diferenciadas por su volumen y su distancia? ¿Cómo puede una enfermedad, definida por su *lugar* en una familia, caracterizarse por su *sede* en un organismo? Éste es el problema de lo que se podría llamar la *espacialización secundaria* de lo patológico.

Para la medicina clasificadora, alcanzar un órgano no es nunca absolutamente necesario para definir una enfermedad: ésta puede ir de un punto de localización a otro, ganar otras superficies corporales, permaneciendo en todo de naturaleza idéntica. El espacio del cuerpo y el espacio de la enfermedad tienen latitud para deslizarse uno con relación al otro. Una única afección espasmódica puede desplazarse del bajo vientre donde provocará dispepsias, obstrucciones viscerales, interrupciones del flujo menstrual o hemorroidal, hacia el pecho con ahogos, palpitaciones, sen-

sación de bola en la garganta, quintas de tos, y finalmente ganar la cabeza provocando convulsiones epilépticas, síncopes o sueños comatosos.[15] Estos deslizamientos, que acompañan tantas otras modificaciones sintomáticas, pueden producirse con el tiempo en un solo individuo; se pueden encontrar también examinando una serie de individuos en los cuales los puntos de ataque son diferentes: bajo su forma visceral, el espasmo se encuentra sobre todo en los sujetos linfáticos, bajo su forma cerebral, en los sanguíneos. Pero de todos modos, la configuración patológica esencial no se modifica. Los órganos son los soportes concretos de la enfermedad; jamás constituyen sus condiciones indispensables. El sistema de puntos que define la relación de la afección con el organismo no es ni constante ni necesario. No tiene espacio común anteriormente definido.

En este espacio corporal donde circula libremente, la enfermedad sufre metástasis y metamorfosis. Nada la retiene en una figura determinada. Una hemorragia nasal puede convertirse en hemoptisis, o hemorragia cerebral; sólo debe subsistir la forma específica del derrame sanguíneo. Por ello la medicina de las especies ha estado, a lo largo de su carrera, ligada en parte con la doctrina de las simpatías, no pudiendo las dos concepciones sino reforzarse la una a la otra para el justo equilibrio del sistema. La comunicación simpática a través del organismo se asegura a veces por un relevamiento que se puede señalar localmente (el diafragma para los espasmos, o el estómago para las obstrucciones de humor); a veces por todo un sistema de difusión que irradia en el conjunto del cuerpo (sistema nervioso para los dolores y las convulsiones, sistema vascular para las inflamaciones); en otros casos por una simple correspondencia funcional (una supresión de las excreciones se comunica de los

[15] *Encyclopédie,* artículo "Spasme".

intestinos a los riñones, de éstos a la piel); por último por un ajustamiento de la sensibilidad de una región a otra (dolores lumbares en el hidrocele). Pero haya correspondencia, difusión o relevamiento, la nueva distribución anatómica de la enfermedad no modifica su estructura esencial; la simpatía asegura el juego entre el espacio de localización y el espacio de configuración: define su libertad recíproca y los límites de esta libertad.

Más que límite, sería menester decir umbral. Porque más allá de la transferencia simpática y de la homología estructural que éste autoriza, se puede establecer una relación de enfermedad a enfermedad que es de causalidad sin ser de parentesco. Una forma patológica puede engendrar otra, muy alejada en el cuadro nosológico por una fuerza de creación que le es propia. De aquí las comparaciones, de aquí las formas mixtas; de aquí ciertas sucesiones regulares o por lo menos frecuentes, como entre la manía y la parálisis. Haslam conocía estos enfermos delirantes en los cuales "la palabra se traba, la boca se desvía, los brazos o las piernas carecen de movimientos voluntarios, la memoria se debilita" y que, las más de las veces, "no tiene conciencia de su posición".[16] Imbricación de los síntomas, simultaneidad de sus formas extremas: todo esto no basta para formar una sola enfermedad; el alejamiento entre la excitación verbal y esta parálisis motora, en el cuadro de los parentescos mórbidos, impide que la proximidad cronológica venga y decida su unidad. De aquí la idea de una causalidad, que se desliza a favor de un ligero desplazamiento temporal; a veces el desprendimiento maniaco aparece primero; a veces los signos motores introducen el conjunto sintomático: "Las afecciones paralíticas son una causa de locura mucho más fre-

[16] J. Haslam, *Observations on madness* (Londres, 1798), p. 259.

cuente de lo que se cree; son también un efecto muy común de la manía." Ninguna traslación simpática puede aquí franquear la separación de las especies y la solidaridad de los síntomas en el organismo no basta para constituir una unidad que repugna a las esencias. Hay por lo tanto una causalidad internosológica, cuyo papel es inverso de la simpatía: ésta conserva la forma fundamental recorriendo el tiempo y el espacio; la causalidad disocia las simultaneidades y los entrecruzamientos para mantener las purezas esenciales.

El tiempo, en esta patología, desempeña un papel limitado. Se admite que una enfermedad pueda durar, y que en este desarrollo puedan aparecer los episodios, cada uno a su vez; desde Hipócrates se calculan los días críticos; se conocen los valores significativos de las pulsaciones arteriales: "Cuando el pulso que salta aparece cada 30 pulsaciones, o aproximadamente, la hemorragia sobreviene cuatro días después, poco antes o poco más tarde; cuando sobreviene cada dieciséis pulsaciones, la hemorragia llega en tres días... Por último, cuando vuelve cada cuarta, tercera, segunda pulsación o cuando es continuo, se debe esperar la hemorragia en el espacio de veinticuatro horas."[17] Pero esta duración, fija numéricamente, forma parte de la estructura esencial de la enfermedad, como corresponde al catarro crónico convertirse después de un cierto tiempo en fiebre tísica. No hay un proceso de evolución, en el cual la duración traiga por sí misma y por su sola insistencia nuevos acontecimientos; el tiempo está integrado como una constante nosológica, no como variable orgánica. El tiempo del cuerpo no se desvía y determina menos aún el tiempo de la enfermedad.

Éste en cambio se deposita poco a poco en el es-

[17] Fr. Solano de Luques, *Observations nouvelles et extraordinaires sur la prédiction des crises,* enriquecidas con varios casos nuevos por Nihell (trad. fr., París, 1748), p. 2.

pacio orgánico. Meckel, en uno de los experimentos relatados en la Academia Real de Prusia en 1764, explica cómo observa la alteración del encéfalo en las diferentes enfermedades. Cuando hace una autopsia, extrae del cerebro pequeños cubos de volumen igual (6 líneas de lado), en diferentes lugares de la masa cerebral: compara estas extracciones entre sí y con las realizadas en otros cadáveres. El instrumento preciso de esta comparación, es la balanza; en la tisis, enfermedad de agotamiento, el peso específico del cerebro es relativamente más débil que en las apoplejías, enfermedades de entorpecimiento (1 dr 3 gr ¾, contra 1 dr 6 o 7 gr); mientras que en un sujeto normal, muerto naturalmente, el peso medio es de 1 dr 5 gr. Según las regiones del encéfalo estos pesos pueden variar: en la tisis sobre todo es el cerebro el ligero, en la apoplejía las regiones centrales son pesadas.[18] Hay por consiguiente, entre la enfermedad y el organismo, puntos de contacto bien establecidos, y de acuerdo con un principio regional; pero se trata solamente de los sectores en los cuales la enfermedad secreta traspone sus cualidades específicas: el cerebro de los maniacos es ligero, seco y desmenuzable, ya que la manía es una enfermedad viva, cálida, explosiva; el de los tísicos será inerte, agotado y languidecente, exangüe, ya que la tisis se alinea en la clase general de las hemorragias. El conjunto calificativo que caracteriza la enfermedad se deposita en un órgano que sirve entonces de apoyo a los síntomas. La enfermedad y el cuerpo no se comunican sino por el elemento no espacial de la cualidad.

Se comprende que en estas condiciones la medicina se desvíe de la forma segura de conocimiento que Sauvages designaba como matemática: "Conocer las cantidades y saberlas medir, por ejemplo determinar la fuerza y la rapidez del pulso, el grado del calor,

[18] Informe en *Gazette Salutaire*, t. XXI, 2 de agosto de 1764.

la intensidad del dolor, la violencia de la tos y otros síntomas semejantes." [19] Si Meckel medía, no era para llegar a un conocimiento de forma matemática; para él se trataba de apreciar la intensidad de una cierta cualidad patológica en la cual consistía la enfermedad. Ninguna mecánica susceptible de medición del cuerpo puede, en sus particularidades físicas o matemáticas, dar cuenta de un fenómeno patológico; las convulsiones están quizá determinadas por un desecamiento y una contracción del sistema nervioso, lo cual pertenece al orden de la mecánica, pero de una mecánica de cualidades que se encadenan, de movimientos que se articulan, de trastornos que se desatan en serie, no de una mecánica de segmentos cuantificables. Puede tratarse de un mecanismo, pero que no señala ninguna mecánica. "Los médicos deben limitarse a conocer las fuerzas de los medicamentos y de las enfermedades por medio de sus operaciones; deben observarlas con cuidado y estudiar para conocer sus leyes, y no cansarse en la investigación de las causas físicas." [20] Una matematización verdadera de la enfermedad implicaría un espacio homogéneo y común a las figuras orgánicas y a la disposición nosológica.

Su desplazamiento implica por el contrario una mirada cualitativa; para comprender la enfermedad, es preciso mirar allá donde hay sequedad, ardor, excitación, allá donde hay humedad, entorpecimiento, debilidad. ¿Cómo distinguir bajo la misma fiebre, bajo la misma tos, bajo el mismo agotamiento, la pleuresía de la tisis, si no se reconoce allá una inflamación seca de los pulmones, y allá un derrame seroso? ¿Cómo distinguir, sino por su cualidad, las convulsiones de un epiléptico que sufre de una inflamación cerebral, y las de un hipocondriaco afectado por una obs-

[19] Sauvages, *loc. cit.*, I, pp. 91-92.

[20] Tissot, *Avis aux gens de lettres sur leur santé* (Lausana, 1767), p. 28.

trucción de las vísceras? Percepción desligada de las cualidades, percepción de las diferencias de un caso a otro, percepción fina de las variantes, es menester toda una hermeneútica del hecho patológico a partir de una experiencia modulada y coloreada; se medirán variaciones, equilibrios, excesos o defectos: "El cuerpo humano se compone de canales y de fluidos... Cuando los canales y las fibras no tienen demasiado, ni demasiado poco tono, cuando los fluidos tienen la consistencia que les conviene, cuando no están ni demasiado, ni demasiado poco en movimiento, el hombre está en un estado de salud; si el movimiento... es demasiado fuerte, los sólidos se endurecen, los fluidos se hacen espesos; si es demasiado débil, la fibra se afloja, la sangre se atenúa."[21]

Y la mirada médica, abierta sobre estas cualidades tenues, se vuelve atenta por necesidad a todas sus modulaciones; de una manera paradójica, el desciframiento de la enfermedad en sus caracteres específicos se apoya en una forma matizada de la percepción que no se dirige sino a los individuos. "El autor de la naturaleza —decía Zimmermann— ha fijado el curso de la mayor parte de las enfermedades por leyes inmutables que se descubren bien pronto, si el curso de la enfermedad no es interrumpido o perturbado por el enfermo",[22] en este nivel el individuo no era más que un elemento negativo, el accidente de la enfermedad, que, para ella y en ella, es el más extraño a su esencia. Pero el individuo reaparece ahora como el apoyo positivo e imborrable de todos estos fenómenos cualitativos que articulan en el organismo la disposición fundamental de la enfermedad; es, en este orden, la presencia local y sensible, segmento de espacio enigmático que une el plano nosológico de los

[21] *Ibid.*, p. 28.

[22] Zimmermann, *Traité de l'expérience* (trad. fr., París, 1800), t. I, p. 122.

parentescos con el volumen anatómico de las vecindades. El enfermo es una síntesis espacial geométricamente imposible, pero por esto mismo única, central e irremplazable: un orden convertido en espesor, en un conjunto de modulaciones cualificativas. Y el mismo Zimmermann, que no reconocía en el enfermo sino el negativo de la enfermedad se ve "tentado a veces", contra las descripciones generales de Sydenham, "a no admitir sino las historias particulares. Aunque la naturaleza sea simple en el todo es, no obstante, varia en las partes; por consiguiente, es preciso tratar de conocerla en el todo y en las partes".[23] La medicina de las especies se compromete en una atención renovada a lo individual, una atención cada vez más impaciente y menos capaz de soportar las formas generales de percepción, las lecturas apresuradas de esencia.

"Un cierto Esculapio tiene todas las mañanas de cincuenta a sesenta enfermos en su sala de espera; escucha las quejas de cada uno, los alinea en cuatro filas, ordena a la primera una sangradura, a la segunda un purgante, a la tercera un clíster, a la cuarta un cambio de aire." [24] Esto no es en absoluto medicina; es lo mismo que la práctica de hospital que mata las cualidades de la observación, y asfixia los talentos del observador por el número de cosas que hay por observar. La percepción médica no debe dirigirse ni a las series, ni a los grupos; debe estructurarse como una mirada a través de "una lupa que, aplicada a las diferentes partes de un objeto, hace aún notar en él otras partes que no se percibían sin ella",[25] y emprender el infinito trabajo del conocimiento del individuo. En este punto, se vuelve a encontrar el tema del retrato evocado más arriba, pero tratado en sentido inverso; el enfermo es el retrato encontrado de la en-

[23] *Ibid.*, p. 184.
[24] *Ibid.*, p. 187.
[25] *Ibid.*, p. 127.

fermedad; es ella misma, dada con sombra y relieve, modulaciones, matices, profundidad; y la labor del médico cuando describa la enfermedad será devolver este espesor vivo: "Es menester dar los mismos achaques del enfermo, sus mismos sufrimientos, con sus mismos gestos, su misma actitud, sus mismos términos y sus mismas quejas."[26]

Por el juego de la espacialización primaria, la medicina de las especies colocaba la enfermedad en una región de homologías en la cual el individuo no podía recibir estatuto positivo; en la espacialización secundaria, ésta exige en cambio una percepción aguda del individuo, libre de las estructuras médicas colectivas, libre de toda mirada de grupo y de la experiencia misma de hospital. Médico y enfermo están implicados en una proximidad cada vez mayor, y vinculados; el médico por una mirada que acecha, apoya cada vez más y penetra, el enfermo por el conjunto de las cualidades irremplazables y mudas que, en él, traicionan, es decir muestran y ocultan las hermosas formas ordenadas de la enfermedad. La mirada no es ya la paradójica luz que se borra a medida que descubre; es el vínculo sólido, el único soporte concreto, que permite a la verdad, pasando por una percepción singular, aparecer al fin.

Se llamará espacialización terciaria al conjunto de los gestos por los cuales la enfermedad, en una sociedad, está cercada, médicamente investida, aislada, repartida en regiones privilegiadas y cerradas, o distribuida a través de los medios de curación, preparados para ser favorables. Terciaria no quiere decir que se trate de una estructura derivada y menos esencial que las precedentes; supone un sistema de opciones en el cual va la manera en que un grupo, para protegerse, prac-

[26] *Ibid.*, p. 178.

tica las exclusiones, establece las formas de la asistencia, reacciona a la miseria y al miedo de la muerte. Pero más que las demás formas de espacialización, ésta es el lugar de las dialécticas diversas: figuras heterogéneas, desplazamientos cronológicos, reivindicaciones y utopías, conciliación ilusoria de los incompatibles. En ella, todo un cuerpo de prácticas, sin unidad discursiva a menudo, compara las espacializaciones primaria y secundaria con las formas de un espacio social cuya génesis, estructura y leyes son de naturaleza diferente. Y no obstante, o más bien por esta misma razón, ella es el punto de origen de las dudas más radicales. Ha ocurrido que a partir de ella, toda la experiencia médica pesa y define para sus percepciones las dimensiones más concretas y un suelo nuevo.

En la medicina de las especies, la enfermedad tiene, por derecho de nacimiento, formas y estaciones ajenas al espacio de las sociedades. Hay una naturaleza "salvaje" de la enfermedad que es a la vez su verdadera naturaleza y su recorrido más prudente: sola, libre de intervención, sin artificio médico, deja aparecer las nervaduras ordenadas y casi vegetales de su esencia. Pero cuanto más complejo se vuelve el espacio social en que está situada, más se *desnaturaliza*. Antes de la civilización, los pueblos no tienen sino las enfermedades más simples y las más necesarias. Los campesinos y las gentes del pueblo permanecen aún cerca del cuadro nosológico fundamental; la simplicidad de su vida lo deja transparentarse en su orden razonable: entre ellos, nada de males de nervios variables, complejos, entremezclados, sino sólidas apoplejías, o francas crisis de manía.[27] A medida que nos elevamos en el orden de las condiciones, y que se cierra en torno a los individuos la red social, "la salud parece disminuir por grados"; las enfermedades se diversifican y se combinan: su número es

[27] Tissot, *Traité des nerfs et de leurs maladies* (París, 1778-1780), t. II, pp. 432-444.

grande ya "en el orden superior del burgués...; y es el más grande posible entre la gente de mundo".[28]

El hospital, como la civilización, es un lugar artificial en el cual la enfermedad trasplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial. Allí encuentra en seguida una forma de complicaciones que los médicos llaman fiebres de las prisiones o de los hospitales: astenia muscular, lengua seca, saburral, rostro abotagado, piel pegajosa, diarrea digestiva, orina pálida, opresión de las vías respiratorias, muerte durante el octavo o el undécimo día, a más tardar el decimotercero.[29] De una manera más general, el contacto con los demás enfermos, en este jardín desordenado donde se entrecruzan las especies, altera la naturaleza propia de la enfermedad y la hace más difícilmente legible; y ¿cómo en esta necesaria proximidad "corregir el efluvio maligno que parte de todo el cuerpo de los enfermos, de los miembros gangrenados, de los huesos careados, de las úlceras contagiosas, de las fiebres pútridas"?[30] Y además, ¿se pueden borrar las desagradables impresiones que causan en un enfermo, arrancado a su familia, el espectáculo de estas casas que no son para muchos sino "el templo de la muerte"? Esta soledad poblada, esta desesperación perturban, con las reacciones sanas del organismo, el curso natural de la enfermedad; sería menester un médico de hospital capaz "de escapar al peligro de la falsa experiencia que parece resultar de las enfermedades artificiales a las cuales él debe dar sus cuidados en los hospitales. En efecto, ninguna enfermedad de hospital es pura".[31]

[28] Tissot. *Essai sur la santé des gens du monde* (Lausana, 1770), pp. 8-12.

[29] Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux* (París, 1788), p. 451.

[30] Percival, "Lettre à M. Aikin", en J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (trad. fr., París, 1777), p. 113.

[31] Dupont de Nemours, *Idées sur les secours à donner* (París, 1786), pp. 24-25.

El lugar natural de la enfermedad es el lugar natural de la vida, la familia: dulzura de los cuidados espontáneos, testimonio de afecto, deseo común de curación, todo entra en complicidad para ayudar a la naturaleza que lucha contra el mal, y dejar al mismo mal provenir a su verdad; el médico de hospital no ve sino enfermedades torcidas, alteradas, toda una teratología de lo patológico; el que atiende a domicilio "adquiere en poco tiempo una verdadera experiencia fundada en los fenómenos naturales de todas las especies de enfermedades".[32] La vocación de esta medicina a domicilio es necesariamente respetuosa: "Observar a los enfermos, ayudar a la naturaleza sin hacerle violencia y esperar confesando modestamente que faltan aún muchos conocimientos."[33] De este modo se reanima, a propósito de la patología de las especies, el viejo debate entre la medicina que actúa y la medicina que espera.[34] Los nosólogos, necesariamente, son favorables a esta última, y uno de los últimos, Vitet, en una clasificación que abarca más de dos mil especies y que lleva el título de *Médecine expectante,* prescribe invariablemente la quina para ayudar a la naturaleza a realizar su movimiento natural.[35]

La medicina de las especies implica, por lo tanto, para la enfermedad una espacialización libre, sin región privilegiada, sin la sujeción al hospital, una especie de repartición espontánea en su lugar de nacimiento y de desarrollo que debe funcionar como el lugar paradójico y natural de su eliminación. Allá donde aparece, se considera, por el mismo movimiento, que debe desaparecer. No es preciso fijarla en un

[32] *Ibid.*

[33] Moscati, *De l'emploi des systèmes dans la médecine pratique* (trad. fr., Estrasburgo, año VII), pp. 26-27.

[34] Cf. Vicq d'Azyr, *Remarques sur la médecine agissante* (París, 1786).

[35] Vitet, *La médecine expectante* (París, 1806), 6 vols.

dominio clínicamente preparado, sino dejarla, en el sentido real del término, "vegetar" en su suelo de origen: la familia, espacio social concebido bajo su forma más natural, más primitiva, más moralmente sólida, a la vez replegado y enteramente transparente, allá donde la enfermedad no está entregada sino a sí misma. Ahora bien, esta estructura coincide exactamente con la manera en que se refleja en el pensamiento político el problema de la asistencia.

Crítica de las fundaciones de hospitales por Turgot y sus discípulos. Los bienes que los constituyen son inalienables: es la parte perpetua de los pobres. Pero la pobreza no es perpetua; las necesidades pueden cambiar, y la asistencia debiera llevarse a las provincias y a las ciudades que la necesitan. Esto no sería trasgredir, sino proseguir, por el contrario, bajo su forma verdadera la voluntad de los donadores; su "fin principal ha sido servir al público, socorrer al Estado; sin apartarse de la intención de los fundadores, y ateniéndose inclusive a sus perspectivas, se debe considerar como una masa común el total de todos los bienes destinados a los hospitales".[36] La fundación, singular e intangible, debe disolverse en el espacio de una asistencia generalizada, de la cual la sociedad es a la vez la única gerente y la beneficiaria indiferenciada. Por otra parte es un error económico apoyar la asistencia sobre una inmovilización del capital, es decir sobre un empobrecimiento de la nación que arrastra a su vez la necesidad de nuevas fundaciones: lo cual, llevado al límite, produce un sofocamiento de la actividad. No hace falta empalmar la asistencia, ni sobre la riqueza productiva (el capital), ni sobre la riqueza producida (la renta, que es siempre capitalizable), sino sobre el principio mismo que produce la riqueza: el trabajo.

[36] Chamousset (C. H. P.), "Plan général pour l'administration des hôpitaux", en *Vues d'un citoyen* (París, 1757), t. II.

Haciendo trabajar a los pobres se les ayudará sin empobrecer la nación.[37]

El enfermo, indudablemente, no es capaz de trabajar, pero si se le coloca en el hospital, se convierte en una carga doble para la sociedad: la asistencia de la cual se beneficia sólo va a él, y su familia, dejada en el abandono, se encuentra expuesta a su vez a la miseria y a la enfermedad. El hospital, creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es una segunda vez en el espacio social donde está colocado. Esta división, destinada a proteger, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito. A la inversa, si ésta se deja en el campo libre de su nacimiento y de su desarrollo, jamás será más que ella misma: se extinguirá como apareció; y la asistencia que se le prestará a domicilio compensará la pobreza que provoca: los cuidados, asegurados espontáneamente por el ambiente, no costarán nada a nadie; y la subvención otorgada al enfermo aprovechará a la familia: "Es bien necesario que alguien coma la carne de la cual se habrá hecho un caldo; y al calentar su tisana, no cuesta más calentar también a sus niños."[38] La cadena de la "enfermedad de las enfermedades", y la del empobrecimiento perpetuo de la pobreza se rompen de este modo, cuando se renuncia a crear para el enfermo un espacio diferenciado, distinto y destinado, de una manera ambigua pero torpe, a proteger la enfermedad y a preservar de la enfermedad.

Independientemente de los temas y de sus justificaciones, la estructura de pensamiento de los economistas y la de los médicos clasificadores coincide en sus líneas generales: el espacio en el cual la enfermedad se cumple, se aísla y se consuma, en un espacio absolutamente abierto, sin división, ni figura privi-

[37] Turgot, artículo "Fondation" de la *Encyclopédie*.

[38] Dupont de Nemours, *Idées sur les secours à donner* (París, 1786), pp. 14-30.

legiada o fija, reducida al único plano de las manifestaciones visibles: espacio homogéneo en el cual no se autoriza ninguna intervención más que la de una mirada que al posarse se borra, y de una asistencia cuyo valor está en el único efecto de una compensación transitoria: espacio, sin morfología propia, que no sea la de los parecidos percibidos de individuo a individuo, y de los cuidados aportados por un médico privado a un enfermo privado.

Pero así llevada a su término, la estructura se invierte. Una experiencia médica diluida en el espacio libre de una sociedad reducida a la figura única nodal y necesaria de la familia, ¿no está ligada a la estructura misma de la sociedad? ¿No implica, por la atención singular que da al individuo, una vigilancia generalizada cuya extensión coincide con el grupo en su conjunto? Sería menester concebir una medicina suficientemente ligada al Estado para que pudiera, de acuerdo con él, practicar una política constante, general, pero diferenciada, de la asistencia; la medicina se convierte en tarea nacional; y Menuret al principio de la Revolución soñaba con la atención gratuita asegurada por médicos que el gobierno desinteresaría entregándoles las rentas eclesiásticas.[39] Por el mismo hecho, sería preciso ejercer un control sobre estos mismos médicos; sería preciso impedir los abusos, proscribir a los charlatanes, evitar, por la organización de una medicina sana y racional, que la atención a domicilio haga del enfermo una víctima y exponga su ambiente al contagio. La buena medicina deberá recibir del Estado testimonio de validez y protección legal; está en él "establecer que existe un verdadero arte de curar".[40] La medicina de la percep-

[39] J. J. Menuret, *Essai sur les moyens de former de bons médecins* (París, 1791).

[40] Jadelot, *Adresse à Nos Seigneurs de l'Assemblée Nationale sur la nécessité et le moyen de perfectionner l'enseignement de la médecine* (Nancy, 1790), p. 7.

ción individual, de la asistencia familiar, de la atención a domicilio, no puede encontrar apoyo sino en una estructura controlada colectivamente, en la cual está integrado el espacio social en su totalidad. Se entra en una forma nueva, y casi desconocida en el siglo XVIII, de espacialización institucional de la enfermedad. La medicina de las especies se perderá en ella.

2

UNA CONCIENCIA POLÍTICA

Con relación a la medicina de las especies, las nociones de constitución, enfermedad endémica y epidemia tuvieron en el siglo XVIII una fortuna marginal.

Es preciso volver a Sydenham y a la ambigüedad de su lección: iniciador del pensamiento clasificador, definió al mismo tiempo lo que podía ser una conciencia histórica y geográfica de la enfermedad. La "constitución" de Sydenham no es una naturaleza autónoma, sino el complejo —como el nudo transitorio— de un conjunto de acontecimientos naturales: cualidades del suelo, climas, estaciones, lluvia, sequedad, centros pestilentes, penuria; y cuando todo esto no da cuenta de los fenómenos, no queda una especie limpia en el jardín de las enfermedades, sino un nudo oscuro y oculto en la tierra. "Variae sunt semper annorum constitutiones quae neque calori neque frigori non sicco humidove ortum suum debent, sed ab occulta potius inexplicabili quadam alteratione in ipsis terrae visceribus pendent."[1] Las constituciones apenas si tienen síntomas propios: se definen por desplazamientos de acento, por agrupaciones inesperadas de signos, por fenómenos más intensos, o más débiles: aquí, las fiebres serán violentas y secas, allá, los cata-

[1] Th. Sydenham, "Observationes medicae", en *Opera medica* (Ginebra, 1736), I, p. 32. "Hay siempre varias condiciones de los años que no deben su nacimiento ni al calor ni al frío seco o húmedo, sino que dependen más bien de una determinada alteración inexplicable y oculta en las mismas entrañas de la tierra."

rros y los derrames serosos más frecuentes; durante un verano cálido y largo, las obstrucciones viscerales son más numerosas que de costumbre y más obstinadas. Londres, de julio a septiembre de 1661: "Aegri paroxysmus atrocior, lingua magis nigra siccaque, extra paroxysmum aporexia obscurior, virium et appetitus prostratio major, major item ad paroxysmum proclivitas, omnia summatim accidentia immanioria, ipseque morbus quam pro more Febrium intermittentium funestior." [2] La constitución no está referida a un absoluto específico del cual sería la manifestación más o menos modificada: ella se percibe en la relatividad única de las diferencias, por una mirada de algún modo diacrítica.

Toda constitución no es epidemia; pero la epidemia es una constitución de grano más fino, de fenómenos más constantes y más homogéneos. Se ha discutido mucho y largamente, y todavía ahora, para saber si los médicos del siglo XVIII habían aprehendido su carácter contagioso, y si habían planteado el problema del agente de su trasmisión. Cuestión ociosa, y que permanece extraña o por lo menos derivada con relación a la estructura fundamental: la epidemia es más que una forma particular de enfermedad; es, en el siglo XVIII, un modo autónomo, coherente y suficiente, de ver la enfermedad: "Se da el nombre de enfermedades epidémicas a todas las que atacan al mismo tiempo, y con caracteres inmutables, a un gran número de personas a la vez." [3] No hay por lo tanto diferencia de naturaleza o de especie entre una enfer-

[2] *Ibid.*, p. 27. "Un paroxismo demasiado atroz del enfermo, la lengua más negra y seca; fuera del paroxismo una descomposición más oscura, una gran postración del apetito y de las fuerzas, grande es también la proclividad al paroxismo: en suma todas las afecciones más acrecentadas y la misma enfermedad más funesta de lo acostumbrado en las fiebres intermitentes."

[3] Le Brun, *Traité historique sur les maladies épidémiques* (París, 1776), p. 1

medad individual y un fenómeno epidémico: basta que una afección esporádica se reproduzca un cierto número de veces, para que haya epidemia. Problema puramente aritmético del umbral: la esporádica no es más que una epidemia infraliminar. Se trata de una percepción ya no esencial y ordinal, como en la medicina de las especies, sino cuantitativa y cardinal.

El apoyo de esta percepción no es un tipo específico, sino un núcleo de circunstancias. El fondo de la epidemia, no es la peste, o el catarro; es Marsella en 1721; es Bicêtre en 1780; es Rouen en 1769, donde se "produce, durante el verano, una epidemia en los niños de la naturaleza de las fiebres biliosas catarrales, de las fiebres biliosas pútridas, complicadas con la miliaria, de fiebres biliosas ardientes durante el otoño. Esta constitución degenera en biliosa pútrida hacia el fin de esta estación y durante el invierno de 1769 a 1770".[4] Las formas patológicas familiares son convocadas, pero por un juego complejo de entrecruzamientos donde desempeñan un papel estructuralmente idéntico al del síntoma con relación a la enfermedad. El fondo esencial está definido por el momento, por el lugar, por este "aire vivo, excitante, sutil, penetrante" que es el de Nîmes durante el invierno,[5] por este otro, pegajoso, denso, pútrido que se conoce en París cuando el verano es largo y pesado.[6]

La regularidad de los síntomas no deja transparentar en filigrana la sabiduría de un orden natural; no habla más que de la constancia de las causas, de la obstinación de un factor cuya presión global y siempre repetida determina una forma privilegiada de afecciones. A veces, se trata de una causa que se man-

[4] Lepecq de La Cloture, *Collection d'observations sur les maladies et constitutions épidémiques* (Rouen, 1778), p. XIV.

[5] Razoux, *Tableau nosologique et météorologique* (Basilea, 1787), p. 22.

[6] Menuret, *Essai sur l'histoire médico-topographique de Paris* (París, 1788). p. 139.

tiene a través del tiempo, y provoca por ejemplo la plica en Polonia, las escrófulas en España; se hablará entonces con más propiedad de enfermedades endémicas; a veces, se trata de causas que "atacan de repente a un gran número de personas en un mismo lugar, sin distinción de edad, de sexo, ni de temperamentos. Éstas presentan la acción de una causa general, pero como estas enfermedades no reinan sino un cierto tiempo, esta causa puede ser considerada como puramente accidental":[7] así para la viruela, la fiebre maligna o la disentería; éstas son las epidemias propiamente dichas. No hay por qué asombrarse de que a pesar de la gran diversidad de los sujetos afectados, de sus predisposiciones y de su edad, la enfermedad se presenta en todos según los mismos síntomas: es que la sequedad o la humedad, el calor, o el frío, aseguran desde que su acción se prolonga un poco, la dominación de uno de nuestros principios constitutivos: álcalis, sales, flogística; "entonces estamos expuestos a los accidentes que ocasiona este principio, y estos accidentes deben ser los mismos en los diferentes sujetos".[8]

El análisis de una epidemia no se impone como tarea reconocer la forma general de la enfermedad, situándola en el espacio abstracto de la nosología, sino bajo los signos generales, reconocer el proceso singular, variable de acuerdo con las circunstancias, de una epidemia a otra, que de la causa a la forma mórbida teje una trama común en todos los enfermos, pero singular en este momento del tiempo, en este lugar del espacio; París, en 1785, ha conocido las fiebres cuartanas y los sinocos pútridos, pero lo esencial de la epidemia era la "bilis desecada en sus filtros, que se ha convertido en melancolía, la sangre empo-

[7] Banan y Turben, *Mémoires sur les épidémies du Languedoc* (París, 1786), p. 3.

[8] Le Brun, *loc. cit.*, p. 66, n. 1.

brecida, engrosada, y por así decir pegajosa, los órganos del bajo vientre obstruidos y convertidos en las causas o en los centros de la obstrucción",[9] o una especie de singularidad global, un individuo de cabezas múltiples, pero parecidas, cuyos rasgos no se manifiestan más que una sola vez en el tiempo y en el espacio. La enfermedad específica se repite siempre más o menos, la epidemia jamás enteramente.

En esta estructura perceptiva, el problema del contagio tiene poca importancia. La trasmisión de un individuo a otro no es en ningún caso la esencia de la epidemia; ésta puede, bajo la forma del "miasma" o del "germen" que se comunica por el agua, los alimentos, el contacto, el viento, el aire viciado, constituir una de las causas de la epidemia, sea directa o primaria (cuando es la única causa de acción), sea secundaria (cuando el miasma es el producto, en una ciudad o en un hospital, de una enfermedad epidémica provocada por otro factor). Pero el contagio no es más que una modalidad del hecho masivo de la epidemia. Se admitirá de buena gana que las enfermedades malignas, como la peste, tienen una causa trasmisible; se reconocerá más difícilmente por lo que se refiere a las enfermedades epidémicas simples (capuchón, sarampión, escarlatina, diarrea biliosa, fiebre intermitente).[10]

Contagiosa o no, la epidemia tiene una especie de individualidad histórica. De ahí la necesidad de utilizar con ella un método complejo de observación. Fenómeno colectivo, exige una mirada múltiple; proceso único, es preciso describirla en lo que tiene de singular, de accidental, de inesperado. Se debe trascribir el acontecimiento hasta el detalle, pero trascribirlo también según la coherencia que implica la percepción en muchos: conocimiento impreciso, mal

[9] Menuret, *loc. cit.*, p. 139.
[10] Le Brun, *loc. cit.*, pp. 2-3.

fundado ya que es parcial, incapaz de acceder sólo a lo esencial o a lo fundamental, no encuentra su volumen propio sino en el nuevo corte de las perspectivas, en una información repetida y rectificada, que al fin rodea, allá donde las miradas se cruzan, el núcleo individual y único de estos fenómenos colectivos. A fines del siglo XVIII, está por institucionalizarse esta forma de experiencia: en cada subdelegación un médico y varios cirujanos son designados por el intendente para seguir las epidemias que pueden producirse en su cantón; se mantienen en correspondencia con el médico jefe de la generalidad con respecto "tanto de la enfermedad reinante como de la topografía medicinal de su cantón"; cuando cuatro o cinco personas son atacadas por la misma enfermedad, el alcalde debe avisar al subdelegado, que envía al médico, para que éste indique el tratamiento, que los cirujanos aplicarán todos los días; en los casos más graves, es el médico de la generalidad el que debe trasladarse al lugar.[11]

Pero esta experiencia no puede tomar su significación plena más que si está redoblada por una intervención constante y apremiante. No habría medicina de las epidemias, sino reforzada por una policía: vigilar el emplazamiento de las minas y de los cementerios, obtener lo más rápidamente posible la incineración de los cadáveres en vez de su inhumación, controlar el comercio del pan, del vino, de la carne,[12] reglamentar los mataderos, las tintorerías, prohibir los alojamientos insalubres; sería menester que después de un estudio detallado de todo el territorio, se estableciera, para cada provincia, un reglamento de salud para leerse "en el sermón o en la misa, todos los domingos y fiestas", y que hiciera referencia a la

[11] Anónimo. *Description des épidémies qui ont régné depuis quelques années sur la généralité de Paris* (París, 1783), pp. 35-37.

[12] Le Brun, *loc. cit.*, pp. 127-132.

manera de alimentarse, de vestirse, de evitar las enfermedades, de prevenir, o de curar las que reinan: "Serían estos preceptos como las plegarias, que los más ignorantes incluso y los niños llegan a recitar."[13] Sería menester por último crear un cuerpo de inspectores de sanidad que se podría "distribuir en diferentes provincias confiando a cada uno un departamento circunscrito"; allí éste observaría los dominios que tocan a la medicina, pero también a la física, a la química, a la historia natural, a la topografía, a la astronomía; prescribiría las medidas que debieran tomarse y controlaría el trabajo del médico; "Se desearía que el Estado se encargara de favorecer a estos médicos físicos, y que les ahorrara los gastos que supone el gusto de hacer descubrimientos útiles."[14]

La medicina de las epidemias se opone, palabra por palabra, a una medicina de clases, como la percepción colectiva de un fenómeno global, pero único y jamás repetido, puede oponerse a la percepción individual de lo que una esencia puede dejar aparecer constantemente de sí misma y de su identidad en la multiplicidad de los fenómenos. Análisis de una serie, de un caso, desciframiento de un tipo en otro; integración del tiempo para las epidemias, definición de un lugar jerárquico para las especies; asignación de una causalidad, búsqueda de una coherencia esencial; percepción desligada de un espacio histórico y geográfico complejo, definición de una superficie homogénea en la cual se leen analogías. Y no obstante, a fin de cuentas, cuando se trata de estas figuras terciarias que deben distribuir la enfermedad, la experiencia médica y el control del médico sobre las estructuras sociales, la patología de las epidemias y la de las especies, se encuentran ante las mismas exigencias: la definición de un estatuto político de la me-

[13] Anónimo, *Description des épidémies*, pp. 14-17.
[14] Le Brun, *loc. cit.*, p. 124.

dicina, y la constitución, a escala de un estado, de una conciencia médica, encargada de una tarea constante de información, de control y de sujeción; cosas todas que "comprenden otros tantos objetos relativos a la policía, como los hay, que son propiamente de la incumbencia de la medicina".[15]

Allí está el origen de la Real Sociedad de Medicina, y de su insuperable conflicto con la Facultad. En 1776, el gobierno decide crear en Versalles una sociedad encargada de estudiar los fenómenos epidémicos y epizoóticos, que se multiplicaron en el curso de los años precedentes; la causa precisa es una enfermedad del ganado, en el sureste de Francia, que había obligado al encargado general de finanzas a dar orden de suprimir todos los animales sospechosos, de lo cual surgió una perturbación económica bastante grave. El decreto del 29 de abril de 1776 declara en su preámbulo que las epidemias, "no son funestas y destructivas en su comienzo sino porque su carácter, al ser poco conocido, deja al médico en la incertidumbre respecto de la elección de los tratamientos que conviene aplicar a ellas; que esta incertidumbre nace del poco cuidado que se tiene de estudiar o de describir los síntomas de las diferentes epidemias y los métodos curativos que han tenido más éxito". La comisión tendrá un triple papel: de investigación, manteniéndose al corriente de los distintos movimientos epidémicos; de elaboración, comparando los hechos, registrando los medicamentos empleados, organizando experimentos; de control y prescripción, indicando a los médicos que las tratan los métodos que parecen más adecuados. Ésta se compone de ocho médicos: un director, encargado "de los trabajos de la correspondencia relativa a las epidemias y a las

[15] Le Brun, *loc. cit.*, p. 126.

epizootias" (de Lasson), un comisario general que asegura el vínculo con los médicos de provincia (Vicq d'Azyr) y seis doctores de la Facultad que se consagran a trabajos concernientes a estos mismos asuntos. El encargado de finanzas podrá enviarlos a hacer encuestas en provincia y pedirles informaciones. Por último, Vicq d'Azyr estará encargado de un curso de anatomía humana y comparada ante los demás miembros de la comisión, los doctores de la Facultad y "los estudiantes que se hayan mostrado dignos de ello".[16] De este modo se establece un doble control: instancias políticas sobre el ejercicio de la medicina; y un cuerpo médico privilegiado sobre el conjunto de los prácticos.

El conflicto con la Facultad estalla bien pronto. A los ojos de los contemporáneos, es el choque de dos instituciones, la una moderna y políticamente tensa, la otra arcaica y cerrada sobre sí misma. Un partidario de la Facultad describe así su oposición: "La una antigua, respetable bajo todos los aspectos y principalmente a los ojos de los miembros de la sociedad que ha formado en su mayor parte; la otra, institución moderna cuyos miembros han preferido, a la asociación de sus instituciones, la de los ministros de la Corona, que han desertado de las Asambleas de la Facultad, a las cuales el bien público y sus juramentos debían mantenerlos ligados para correr la carrera de la intriga." [17] Durante tres meses, a título de protesta, la Facultad "hace huelga": se rehusa a ejercer sus funciones, y sus miembros a consultar con los socios. Pero el resultado está dado por adelantado porque el Consejo apoya al nuevo comité. Ya desde 1778, estaban registradas las cartas patentes que consagraban su transformación en Real Sociedad de Medicina, y la Facultad había visto prohibírsele "emplear

[16] Cf. *Précis historique de l'établissement de la Société Royale de Médecine* (s. l. n. f. El autor anónimo es Boussu).

[17] Retz, *Exposé succint à l'Assemblée Nationale* (París, 1791), pp. 5-6.

en este asunto ninguna especie de defensa". La sociedad recibe 40 000 libras de renta deducidas de las aguas minerales, mientras que la Facultad no recibe sino apenas 2 000.[18] Pero sobre todo su papel se amplía sin cesar: órgano de control de las epidemias, se convierte poco a poco en un punto de centralización del saber, en una instancia de registro y de juicio de toda la actividad médica. Al iniciarse la Revolución, el Comité de Finanzas de la Asamblea Nacional justificará así su estatuto: "El objeto de esta sociedad es vincular la medicina francesa y la medicina extranjera, por una útil correspondencia; recoger las observaciones dispersas, conservarlas y cotejarlas; buscar sobre todo las causas de las enfermedades populares, calcular sus vicisitudes, comprobar los remedios más eficaces."[19] La sociedad no agrupa solamente a los médicos que se consagran al estudio de los fenómenos patológicos colectivos; se ha convertido en el órgano oficial de una *conciencia colectiva* de los fenómenos patológicos; conciencia que se despliega al nivel de la experiencia como al nivel del saber, en la forma cosmopolítica, como en el espacio de la nación.

Aquí, el acontecimiento, tiene el valor de emerger en las estructuras fundamentales. Figura nueva de la experiencia, cuyas líneas generales, formadas alrededor de los años 1775-1780, van a prolongarse muy lejos en el tiempo, para llevar, durante la Revolución y hasta bajo el Consulado, muchos proyectos de reforma. De todos estos planes indudablemente pocas cosas pasarán a la realidad. Y, no obstante la forma de percepción médica que implican, es uno de los elementos que constituyen la experiencia clínica.

Nuevo estilo de la totalización. Los tratados del siglo XVIII, Instituciones, Aforismos, Nosologías, en-

[18] Cf. Vacher de La Feuterie, *Motif de la réclamation de la Faculté de Médecine de Paris contre l'établissement de la Société Royale de Médecine* (s. l. n. f.).

[19] Citado en Retz, *loc. cit.*

cierran el saber médico en un espacio cerrado: el cuadro formado bien podía no estar terminado en detalle, y en tal o en tal otro de sus puntos estar enredado por la ignorancia; en su forma general, era exhaustivo y hermético. Lo sustituyen ahora las mesas abiertas, e indefinidamente prolongables: Hautesierck ya había dado el ejemplo, cuando, a petición de Choiseul, proponía para los médicos y cirujanos militares un plan de trabajo colectivo, que comprendía cuatro series paralelas y sin límites: estudio de las topografías (la situación de los lugares, el terreno, el agua, el aire, la sociedad, los temperamentos de los habitantes), observaciones meteorológicas (presión, temperatura, régimen de vientos), análisis de las epidemias y de las enfermedades reinantes, descripción de los casos extraordinarios.[20] El tema de la enciclopedia deja su puesto al de una información constante y constantemente revisada, en la cual se trata más bien de totalizar los acontecimientos y su determinación, que de encerrar el saber en una forma sistemática: "Es bien cierto que existe una cadena que vincula en el universo, en la tierra y en el hombre, a todos los seres, a todos los cuerpos, a todas las afecciones; cadena cuya sutileza al eludir las miradas superficiales del minucioso experimentador, y del frío disertador, descubre al genio verdaderamente observador." [21] Al iniciarse la Revolución, Cantin propone que este trabajo de información sea asegurado en cada departamento por una comisión elegida entre los médicos;[22] Mathieu Géraud, pide la creación en cada cabeza de partido de una "casa gubernamental de salud", y en París de una "corte de salubridad",

[20] Hautesierck, *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires* (París, 1766, t. I, pp. XXIV-XXVII).

[21] Menuret, *Essai sur l'histoire médico-topographique de Paris*, p. 139.

[22] Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée Nationale* (París, 1790).

que tuviera sus sesiones junto a la Asamblea Nacional, que centralizara las informaciones, comunicándolas de un punto a otro del territorio, que planteara las cuestiones que permanecían oscuras, y que señalara las investigaciones que debieran hacerse.[23]

Lo que constituye ahora la unidad de la mirada médica, no es el círculo del saber en el cual se concluye, sino esta totalidad abierta, infinita, móvil, desplazada sin cesar y enriquecida por el tiempo, cuyo recorrido comienza sin poder detenerlo jamás: una especie de registro clínico de la serie infinita y variable de los acontecimientos. Pero su soporte no es la percepción del enfermo en su singularidad, es una conciencia colectiva encabestrada con todas las informaciones que en ella se cruzan, creciendo en un ramaje complejo y siempre abundante, agrandada por fin a las dimensiones de una historia, de una geografía, de un Estado.

En el siglo XVIII, el acto fundamental del conocimiento médico era establecer una señal: situar un síntoma en una enfermedad, una enfermedad en un conjunto específico, y orientar éste en el interior del plano general del mundo patológico. En la experiencia que se constituye a fines del siglo, se trata de practicar un corte por el juego de series que, al cruzarse, permiten reconstituir esta cadena de la cual hablaba Menuret. Razoux establecía cada día observaciones meteorológicas y climáticas que comparaba, por una parte, con un análisis nosológico de las enfermedades observadas, y por otra, con la evolución, las crisis, la conclusión de las enfermedades.[24] Un sistema de coincidencias aparecía entonces, indicando una trama causal, y sugiriendo también entre las enfermedades parentescos, o encadenamientos nuevos.

[23] Mathieu Géraud, *Projet de décret à rendre sur l'organisation civile des médecins* (París, 1791), nos. 78-79.

[24] Razoux, *Tableau nosologique et météorologique adressé à l'Hôtel-Dieu de Nîmes* (Basilea, 1761).

"Si algo es capaz de perfeccionar nuestro arte —escribía el mismo Sauvages a Razoux— es una obra semejante ejecutada durante cincuenta años, por una treintena de médicos tan precisos y tan laboriosos... Yo no perdería la ocasión de estimular a alguno de nuestros doctores a hacer las mismas observaciones en nuestro Hôtel-Dieu."[25] Lo que define el acto del conocimiento médico en su forma concreta no es, por consiguiente, el encuentro del médico y del enfermo, ni la comparación de un saber con una percepción; es el cruce sistemático de dos series de informaciones homogéneas la una y la otra, pero ajenas la una a la otra, dos series que desarrollan un conjunto infinito de acontecimientos separados, pero cuyo nuevo corte hace surgir, en su dependencia aislable, el *hecho individual*. Figura sagital del conocimiento.

En este movimiento la conciencia médica se desdobla: vive a un nivel inmediato, en el orden de las comprobaciones salvajes; pero se recobra a un nivel superior, en el cual comprueba las constituciones, las compara, y, replegándose sobre las formas espontáneas, pronuncia dogmáticamente su juicio y su saber. Se vuelve, por su estructura, centralizada. La Real Sociedad de Medicina lo muestra al nivel de las instituciones. Y al comenzar la Revolución abundan los proyectos que esquematizan esta doble y necesaria instancia del saber médico, con el incesante ir y venir que de la una a la otra mantiene la distancia al recorrerla. Mathieu Géraud quisiera que se creara un Tribunal de Salubridad en el cual un acusador denunciaría "a todo particular que, sin haber hecho la prueba de capacidad, se inmiscuya en otro, o en el animal que no le pertenece, en todo lo que toca a la aplicación directa o indirecta del arte salubre";[26] los juicios de ese tribunal en lo que respecta a los abusos,

[25] Citado *ibid.*, p. 14.
[26] Mathieu Géraud, *loc. cit.*, p. 65.

las incapacidades, las pérdidas profesionales deberán sentar jurisprudencia en el arte médico. Al lado del Judicial, hará falta un Ejecutivo que tendrá "la alta y grande policía sobre todas las ramas de la salubridad". Prescribirá los libros que se deben leer y las obras que se deben redactar; señalará, según las informaciones recibidas, los cuidados que se deben prestar a las enfermedades que reinan; publicará, según investigaciones hechas bajo su control, o en trabajos extranjeros, lo que debe ser considerado como práctica iluminada. La mirada médica circula, de acuerdo con un movimiento autónomo, por el interior de un círculo donde no está controlada sino por ella misma; distribuye soberanamente a la experiencia cotidiana el saber que, desde muy lejos, ha tomado, y del cual se ha hecho a la vez el punto de convergencia y el centro de irradiación. A la estructura plana de la medicina clasificadora, sigue esta gran figura esférica.

En ella, el espacio médico puede coincidir con el espacio social, o más bien atravesarlo y penetrarlo enteramente. Se comienza a concebir una presencia generalizada de médicos cuyas miradas cruzadas forman una red y ejercen en cualquier punto del espacio, en todo momento del tiempo, una vigilancia constante, móvil, diferenciada. Se plantea el problema de la implantación de los médicos en el campo:[27] se desea un control estadístico de la salud, gracias al registro de los nacimientos y de los decesos (que debería hacer mención de las enfermedades, del tipo de vida y de la causa de la muerte, convirtiéndose así en un estado civil de la patología); se pide que los motivos de reforma sean señalados detalladamente por el consejo de revisión; por último, que se establezca una topografía médica de cada uno de los departamentos "con

[27] Cf. N.-L. Lespagnol, *Projet d'établir trois médecins par district pour le soulagement des gens de la campagne* (Charleville, 1790). Royer, *Bienfaisance médicale et projet financier* (Provins, año IX).

resúmenes minuciosos sobre la región, las habitaciones, las personas, las pasiones dominantes, el vestido, la constitución atmosférica, los productos del suelo, el tiempo de su perfecta madurez y de su cosecha, así como la educación física y moral de los habitantes de la comarca".[28] Y como si no bastara la implantación de los médicos, se pide que la conciencia de cada individuo esté médicamente alerta; será menester que cada ciudadano esté informado de lo que es necesario y posible saber en medicina. Y cada práctico deberá redoblar su actividad de vigilancia de un papel de enseñanza, porque la mejor manera de evitar que se propague la enfermedad es, aún, difundir la medicina.[29] El lugar en el cual se forma el saber, ya no es este jardín patológico en el cual Dios había distribuido las especies, es una conciencia médica generalizada, difusa en el espacio y en el tiempo, abierta e inmóvil, ligada a cada existencia individual, pero, asimismo, a la vida colectiva de la nación, siempre despierta sobre el dominio indefinido donde el mal traiciona, bajo sus aspectos diversos, su gran forma masiva.

Los años que preceden y siguen inmediatamente a la Revolución vieron nacer dos grandes mitos, cuyos temas y polaridades son opuestos; el mito de una profesión médica nacionalizada, organizada a la manera del clero, e investida, en el nivel de la salud y del cuerpo, de poderes parecidos a los que éste ejerce sobre las almas; el mito de una desaparición social de la enfermedad en una sociedad sin trastornos y sin pasiones, devueltos a su salud de origen. La contradicción manifiesta de las dos temáticas no debe engañar:

[28] J.-B. Demangeon, *Des moyens de perfectionner la médecine* (París, año VII), pp. 5-9; cf. Audin Rouvière. *Essai sur la topographie physique et médicale de Paris* (París, año II).

[29] Bacher, *De la médecine considérée politiquement* (París, año XI), p. 38.

una y otra de estas figuras oníricas expresan como en blanco y negro el mismo diseño de la experiencia médica. Los dos sueños son isomorfos, el uno llamando de una manera positiva a la medicalización rigurosa, militante y dogmática de la sociedad, por una conversión casi religiosa, y a la implantación de un clero de la terapéutica; la otra llamando a esta misma medicalización, pero de un modo triunfante y negativo, es decir la volatilización de la enfermedad en un medio corregido, organizado y vigilado sin cesar, en el cual la medicina desaparecería al fin con su objeto y su razón de ser.

Un hacedor de proyectos del comienzo de la Revolución, Sabarot de L'Avernière, ve en los sacerdotes y en los médicos a los herederos naturales de las dos misiones más visibles de la Iglesia: la consolación de las almas y el alivio de los sufrimientos. Es preciso por lo tanto que se confisquen los bienes eclesiásticos al alto clero, que los ha apartado de su uso de origen, y se entreguen a la nación, única que conoce sus propias necesidades espirituales y materiales. Las rentas de ellos se dividirán entre los curas de las parroquias y los médicos, recibiendo los unos y los otros una parte igual. ¿No son los médicos los sacerdotes del cuerpo? "El alma no podría considerarse separadamente de los cuerpos animados, y si los ministros de los altares son venerados y perciben del Estado una renta conveniente, es preciso que los de vuestra salud reciban también un sueldo suficiente para alimentarse y socorreros. Ellos son los genios tutelares de la integridad de vuestras facultades y de vuestras sensaciones." [30] El médico no tendrá ya que pedir honorarios a quienes atiende. La asistencia de los enfermos será gratuita y obligatoria: servicio que la nación asegura como una de sus tareas sagradas; el médico no

[30] Sabarot de L'Avernière, *Vue de Législation médicale adressée aux États géneraux* (1789), p. 3.

es más que el instrumento de ella.[31] Al terminar sus estudios, el nuevo médico no ocupará el puesto que elija, sino el que le habrá sido asignado de acuerdo con las necesidades o las vacantes, en general en el campo; cuando haya adquirido experiencia, podrá pedir una plaza de más responsabilidad y mejor remunerada. Deberá dar cuenta a sus superiores de sus actividades y será responsable de sus faltas. Convertida en actividad pública, desinteresada y controlada, la medicina podrá perfeccionarse indefinidamente; alcanzará, en el alivio de las miserias físicas, la vieja vocación espiritual de la Iglesia, de la cual formará el calco laico. Y al ejército de los sacerdotes que velan por la salud de las almas, corresponderá el de los médicos que se preocupan por la salud de los cuerpos.

El otro mito procede de una reflexión histórica llevada al límite. Vinculadas a las condiciones de existencia y a las formas de vida de los individuos, las enfermedades varían con las épocas, como con los lugares. En la Edad Media, en la época de las guerras y de las hambres, los enfermos estaban entregados al miedo y al agotamiento (apoplejías, fiebres hécticas); pero con los siglos XVI y XVII, se ve debilitarse el sentimiento de la patria y de las obligaciones que se tienen a su respecto; el egoísmo se repliega sobre sí mismo, se practican la lujuria y la gula (las enfermedades venéreas, obstrucción de las vísceras y de la sangre); en el siglo XVIII, la búsqueda del placer pasa por la imaginación; se va al teatro, se leen novelas, uno se exalta en vanas conversaciones; se vela de noche, se duerme de día; de ahí las histerias, las hipocondrías, las enfermedades nerviosas.[32] Una na-

[31] Se encuentra en Menuret, *Essai sur le moyen de former de bons médecins* (París, 1791), la idea de un financiamiento de la medicina por medio de las rentas eclesiásticas, pero sólo cuando se trata de atender a los indigentes.

[32] Maret, *Mémoire où on cherche à déterminer quelle influence les moeurs ont sur la santé* (Amiens, 1771).

ción que viviera sin guerra, sin pasiones violentas, sin ocios, no conocería por consiguiente ninguno de estos males; y sobre todo, una nación que no conociera la tiranía que ejerce la riqueza sobre la pobreza, ni los abusos a los cuales esta misma se entrega. ¿Los ricos?: "En el seno de la comodidad y entre los placeres de la vida, su irascible orgullo, sus amargos despechos, sus abusos y los excesos a los cuales los lleva el desprecio de todos los principios, los hacen presa de achaques de todo tipo; bien pronto... su rostro se arruga, sus cabellos encanecen, las enfermedades los siegan antes de tiempo." [33] En cuanto a los pobres sometidos al despotismo de los ricos y de sus reyes, no conocen más que los impuestos que los reducen a la miseria, la carestía de la cual se aprovechan los acaparadores, las habitaciones insalubres que los obligan "a no crear familias, o a procrear tristemente seres débiles y desdichados".[34]

La primera tarea del médico es, por consiguiente, política: la lucha contra la enfermedad debe comenzar por una guerra contra los malos gobiernos: el hombre no estará total y definitivamente curado más que si primeramente es liberado: "¿Quién deberá denunciar por lo tanto al género humano a los tiranos, si no son los médicos que hacen del hombre su estudio único, y que todos los días en casa del pobre y del rico, en casa del ciudadano y del más poderoso, bajo la choza y las moradas suntuosas, contemplan las miserias humanas que no tienen otro origen que la tiranía y la esclavitud?"[35] Si sabe ser políticamente eficaz, la medicina no será ya médicamente indispensable. Y en una sociedad al fin libre, donde las desigualdades estén apaciguadas y donde reine la concordia, el médico no tendrá ya que desempeñar sino

[33] Lanthenas, *De l'influence de la liberté sur la santé* (París, 1792), p. 8.
[34] *Ibid.*, p. 4.
[35] *Ibid.*, p. 8.

un papel transitorio: dar al legislador y al ciudadano consejos para el equilibrio del corazón y del cuerpo. No habrá ya necesidad de academias ni de hospitales: "Simples leyes dietéticas, formando a los ciudadanos en la frugalidad, haciendo conocer a los jóvenes sobre todo los placeres de los cuales una vida, inclusive dura, es la fuente, haciéndoles venerar la más exacta disciplina en la marina y en los ejércitos, cuántos males prevenidos, cuántos gastos suprimidos, cuántas nuevas facilidades... para las empresas más grandes y las más difíciles." Y poco a poco, en esta joven ciudad entregada toda al gozo de su propia salud, el rostro del médico se borraría, dejando apenas en el fondo de las memorias de los hombres el recuerdo de este tiempo de los reyes y de las riquezas en el cual eran esclavos, estaban empobrecidos y enfermos.

Ensueños todo esto; sueño de una ciudad en fiesta, de una humanidad de aire libre donde la juventud está desnuda, y donde la edad no conoce el invierno; símbolo familiar de los estadios antiguos, al cual viene a mezclarse el tema más reciente de una naturaleza en la que se recogerían las formas más matinales de la verdad: todos estos valores se borrarán pronto.[36]

Y no obstante, han tenido un papel importante: vinculando la medicina a los destinos de los Estados, han hecho aparecer en ella una significación positiva. En vez de permanecer como lo que era, "el seco y triste análisis de millones de achaques", la dudosa negación de lo negativo, recibe la hermosa tarea de instaurar en la vida de los hombres las figuras positivas de la salud, de la virtud y de la felicidad; toca a ella escandir el trabajo para las fiestas, exaltar las pasiones tranquilas; velar sobre las lecturas y la ho-

[36] Lanthenas, que era girondino, fue puesto el 2 de junio de 1793 en la lista de los proscritos, y luego borrado, habiéndolo calificado Marat de "pobre de espíritu". Cf. Mathiez, *La Révolution Française*, t. II (París, 1945), p. 221.

nestidad de los espectáculos; tiene también que controlar que los matrimonios no se hagan sólo por interés, o por un capricho pasajero, sino que estén bien fundados sobre la única condición durable de la felicidad, que es para utilidad del Estado.[37]

La medicina no debe ser sólo el "corpus" de las técnicas de la curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del *hombre saludable,* es decir, a la vez una experiencia del *hombre no enfermo,* y una definición del *hombre modelo.* En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que la funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad en la cual él vive. Se sitúa en esta zona marginal pero, para el hombre moderno, soberana, en la cual una cierta felicidad orgánica, lisa, sin pasión y musculosa, comunica en pleno derecho con el orden de una nación, el vigor de sus ejércitos, la fecundidad de su pueblo y la marcha paciente de su trabajo. Lanthenas, ese visionario, ha dado de la medicina una definición breve, pero en la que pesa toda una historia: "Al fin, la medicina será lo que debe ser, el conocimiento del hombre natural y social." [38]

Hasta fines del siglo XVIII, lo normal permanecía implícito en el pensamiento médico, y sin gran contenido: simple punto de referencia para situar y explicar la enfermedad. Se convierte para el siglo XIX en una figura en pleno relieve. A partir de él la experiencia de la enfermedad tratará de ilustrarse y el conocimiento fisiológico, en otro tiempo saber marginal para el médico y puramente teórico, va a instalarse (Claude Bernard es un testimonio de ello), en el corazón mismo de toda reflexión médica. Hay

[37] Cf. Ganne, *De l'homme physique et moral, ou recherches sur les moyens de rendre l'homme plus sage* (Estrasburgo, 1791).
[38] Lanthenas, *loc cit.,* p. 18.

más: el prestigio de las ciencias de la vida en el siglo XIX, el papel de modelo que éstas han tenido, sobre todo en las ciencias del hombre, no está vinculado primitivamente al carácter comprensivo y transferible de los conceptos biológicos, sino más bien al hecho de que estos conceptos estaban dispuestos en un espacio cuya estructura profunda respondería a la oposición de lo sano y de lo mórbido. Cuando se hable de la vida de los grupos y de las sociedades, de la vida de la raza, o incluso de la "vida psicológica", no se pensará en principio en la estructura interna del *ser organizado,* sino en la *bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico.* La conciencia vive, ya que puede ser alterada, amputada, desviada de su curso, paralizada; las sociedades viven ya que hay en ellas enfermos que se marchitan, y otros, sanos, en plena expansión; la raza es un ser vivo que se ve degenerar; y también las civilizaciones, cuya muerte se ha podido comprobar tantas veces. Si las ciencias del hombre han aparecido en el prolongamiento natural de las ciencias de la vida, no es porque ellas estaban *biológicamente* subtensas, sino *médicamente*: se encuentra en su estructura de origen una reflexión sobre el hombre enfermo, y no sobre la vida en general, una reflexión presa en un problema de división más que en un trabajo de unificación, e íntegramente ordenada para el emparejamiento de lo positivo y de lo negativo. De aquí el carácter singular de las ciencias del hombre, que no pueden desligarse de la negatividad en la cual aparecieron, pero vinculadas también a la positividad que sitúan, implícitamente, como norma. La gran unidad de lo vivo, en la cual, hasta Bergson, se ha desarrollado la reflexión sobre el hombre, no es sino la ocultación de esta estructura.

3
EL CAMPO LIBRE

La oposición entre una medicina de las especies patológicas y una medicina del espacio social estaba, a los ojos de los contemporáneos, disfrazada por los prestigios demasiado visibles de una consecuencia que les era común: el hecho de poner fuera de circuito a todas las instituciones médicas que formaban opacidad frente a las nuevas exigencias de la mirada. Era menester, en efecto, que se constituyera un campo de la experiencia médica enteramente abierto, de modo que la necesidad natural de las especies pudiera aparecer en él sin residuo ni confusión; era menester también que fuera suficientemente presente en su totalidad y recogido en su contenido, para que pudiera formarse un conocimiento fiel, exhaustivo y permanente de la salud de una población. Este campo médico restituido a su verdad de origen, y recorrido en su integridad por la mirada sin obstáculo ni alteración, es extrañamente parecido, en su geometría implícita, al espacio social con el cual soñaba la Revolución, por lo menos en sus primeras fórmulas: una configuración homogénea en cada una de sus regiones, constituyendo un conjunto de puntos equivalentes susceptibles de mantener con su totalidad relaciones constantes; un espacio de libre circulación en el cual la relación de las partes con el todo fue siempre reversible y susceptible de trasposición.

Hay, por consiguiente, convergencia espontánea, y profundamente arraigada, entre las exigencias de la *ideología política* y las de la *tecnología médica*. Con

un solo movimiento, médicos y hombres de Estado reclaman en un vocabulario diferente, pero por razones esencialmente idénticas, la supresión de todo lo que puede ser un obstáculo para la constitución de este nuevo espacio: los hospitales que modifican las leyes específicas que rigen la enfermedad, y que perturban éstas, no menos rigurosas, al definir las relaciones de la propiedad y de la riqueza, de la pobreza y del trabajo; la corporación de médicos que impide la formación de una conciencia médica centralizada, y el libre juego de una experiencia sin limitación, que accede por sí misma a lo universal; las Facultades por último que no reconocen lo verdadero sino en las estructuras teóricas, y hacen del saber un privilegio social. La libertad, es la fuerza viva y jamás entorpecida de la verdad. Debe, pues, haber un mundo en el cual la mirada libre de todo obstáculo no esté sometida más que a la ley inmediata de lo verdadero: la mirada no es fiel a lo verdadero, y no se sujeta a la verdad, sin ser al mismo tiempo sujeto *de* esta verdad; pero por ello, soberana: la mirada que ve es una mirada que domina; y si sabe también someterse, domina a sus amos: "El despotismo necesita tinieblas, pero la libertad toda deslumbrante de gloria no puede subsistir más que rodeada de todas las luces que pueden iluminar a los hombres; durante el sueño de los pueblos, la tiranía puede establecerse y tomar carácter de naturaleza entre ellos... Haced a las demás naciones tributarias, no de vuestra autoridad política, no de vuestro gobierno, sino de vuestros talentos y de vuestras luces..., hay una dictadura para los pueblos cuyo yugo no repugna en absoluto a los que se curvan bajo él: es la dictadura del genio." [1]

El tema ideológico, que orienta todas las reformas

[1] Boissy d'Anglas, Alocución a la Convención el 25 pluvioso, año II, citada en Guillaume, *Procès-verbaux du comité d'instruction publique de la Convention* (t. II, pp. 640-642).

de estructuras desde 1789 hasta el Termidor año II, es el de la soberana libertad de lo verdadero: la violencia majestuosa de la luz, que es para ella misma su propio reino, cerca el reino ceñido, oscuro, de los saberes privilegiados, e instaura el imperio sin límite de la mirada.

1. LAS ESTRUCTURAS DE LOS HOSPITALES SE PONEN EN TELA DE JUICIO

El Comité de Mendicidad de la Asamblea Nacional es adicto a la vez a las ideas de los economistas y a las de los médicos que estiman que el único lugar posible de remedio de la enfermedad, es el medio natural de la vida social, la familia. En ella, el costo de la enfermedad para la nación se reduce al mínimo; y desaparece también el riesgo de verla complicarse en el artificio, multiplicarse por sí misma y tomar, como en el hospital, la forma aberrante de una enfermedad de la enfermedad. En familia, la enfermedad está en el estado de "naturaleza", es decir de acuerdo con su propia naturaleza, y libremente ofrecida a las fuerzas regeneradoras de la naturaleza. La mirada que los próximos dirigen a ella tiene la fuerza viva de la benevolencia y la discreción de la expectativa. Hay, en la enfermedad libremente mirada, algo que ya la compensa: "La desgracia... excita con su presencia la bienhechora compasión, hace nacer en el corazón de los hombres la necesidad apremiante de llevarle alivio y consuelos, y los cuidados otorgados a los desdichados en su propio asilo aprovechan esta fuente fecunda de bienes que difunde la beneficencia particular. ¿El pobre está colocado en los hospitales? Todos estos recursos cesan para él..."[2] Sin duda existen enfermos que no tienen familia, u otros que son tan pobres que viven "amontonados en graneros". Para éstos es pre-

[2] Bloch et Tutey, *Procés-verbaux et rapports du Comité de Mendicité* (Paris, 1911), p. 395.

ciso crear "casas comunales de enfermos", que deberán funcionar como sustitutos de la familia y hacer circular, en forma de reciprocidad, la mirada de la compasión; los miserables encontrarán así "en los compañeros de su suerte seres naturalmente compasivos y a los cuales no son, por lo menos, enteramente extraños".[3] De este modo la enfermedad encontrará en todas partes su lugar natural, o casi natural: tendrá la libertad de seguir su curso y de eliminarse ella misma en su verdad.

Pero las ideas del Comité de Mendicidad están emparentadas, también con el tema de una conciencia social y centralizada de la enfermedad. Una salud generalizada no tiene que esperar un hechizo propio de la libertad. Si la familia está ligada al desdichado por un deber *natural* de compasión, la nación está ligada a él por un deber *social* y *colectivo* de asistencia. Las fundaciones hospitalarias, bienes inmovilizados y creadores por su inercia misma de pobreza, deben desaparecer, pero en provecho de una riqueza nacional y siempre movilizable que puede asegurar a cada uno los auxilios necesarios. El Estado deberá por lo tanto "enajenar en su beneficio" los bienes de los hospitales, luego reunirlos en una "masa común". Se creará una administración central encargada de manejar esta masa. Formará como la conciencia médico-económica permanente de la nación; será percepción universal de cada enfermedad y reconocimiento inmediato de todas las necesidades. El gran Ojo de la Miseria. Se la encargará del cuidado "de presentar sumas necesarias y completamente suficientes para el alivio de los desdichados". Financiará la "Casa Comunal" y distribuirá los auxilios particulares a las familias pobres, que cuidan ellas mismas de sus enfermos.

Dos problemas técnicos hicieron fracasar el proyecto. Uno, el de la enajenación de los bienes de los

[3] *Ibid.*, p. 396.

hospitales, es de naturaleza política y económica. El otro es de naturaleza médica, toca a las enfermedades complejas o contagiosas. La Asamblea Nacional vuelve sobre el principio de la nacionalización de los bienes; prefiere reunir simplemente sus rentas para destinarlas a un fondo de asistencia. Tampoco es menester confiar a una única administración central el cuidado de manejarlas; sería demasiado lenta, demasiado lejana y así impotente para responder a las necesidades. La conciencia de la enfermedad y de la miseria, para ser inmediata y eficaz, debe ser una conciencia geográficamente específica. Y la Legislativa, en este dominio como en muchos otros, vuelve del centralismo de la Constituyente a un sistema mucho más desligado, de tipo inglés; se encarga a las administraciones locales la constitución de los centros esenciales; ellas deberán estar al corriente de las necesidades, y distribuir las rentas; formarán una red múltiple de vigilancia; así se encuentra planteado el principio de la comunalización de la asistencia al cual el Directorio, definitivamente, se adherirá.

Pero en esta estructura dispersa, la descentralización se asocia a dos temas históricamente muy importantes. En principio, el de una disociación entre los problemas de la asistencia y los de la represión. Tenon, en su cuidado por ordenar el asunto de Bicêtre y de la Salpêtrière, quería que la Legislativa creara un Comité "de los hospitales, y de las casas de arresto" que tendría competencia general para los establecimientos hospitalarios, las prisiones, el vagabundeo y las epidemias. La Asamblea se opuso a ello alegando que era "envilecer en una cierta manera a las clases últimas del pueblo, al confiar igualmente el cuidado de los desdichados y de los criminales a las mismas personas".[4] La conciencia de la enfermedad, y de la

[4] Citado en Imbert, *Le droit hospitalier sous la Révolution et l'Empire* (Paris, 1954), p. 52.

asistencia que se debe a los pobres, toma su autonomía; se dirige ahora a un tipo de miseria bien específica. Correlativamente, el médico empieza a desempeñar un papel decisivo en la organización de los auxilios. En el grado social en que éstos se distribuyen, debe ser agente detector de las necesidades, y juez de la naturaleza y del grado de la ayuda que es preciso aportar. La descentralización de los medios de asistencia autoriza una medicalización de su ejercicio. Se reconoce en ello una idea familiar a Cabanis, la del médico-magistrado; a él debe confiar la ciudad "la vida de los hombres", en vez de "dejarla a la merced de los farsantes y de las comadres"; él debe juzgar que "la vida del poderoso y del rico no es más preciosa que la del débil y del indigente"; es él, en fin, el que deberá negar los auxilios "a los malhechores públicos".[5] Además de su papel de técnico de la medicina, tiene un papel económico en la repartición de los auxilios, un papel moral y casi jurídico en la atribución de éstos; helo aquí convertido en el "vigilante de la moral, como de la salud pública".[6]

En esta configuración regional en la cual la conciencia médica está formada por instancias discontinuas, debe tener su puesto el hospital. Es necesario para los enfermos sin familia; pero es necesario también en los casos contagiosos, y para las enfermedades difíciles, complejas, "extraordinarias", a las cuales no puede hacer frente la medicina en su forma cotidiana. En ello de nuevo, la influencia de Tenon y de Cabanis es visible. El hospital que, en su forma más general, no lleva sino los estigmas de la miseria, aparece al nivel local como una indispensable medida de protección. Protección de la gente sana contra la enfermedad; protección de los enfermos contra las prácticas de la gente ignorante; es menester "pre-

[5] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine* (3a. ed., París, 1819), pp. 135 y 154.
[6] *Ibid.*, p. 146, n. 1.

servar al pueblo de sus propios errores";[7] protección de los enfermos, los unos respecto de los otros. Lo que Tenon proyecta es un espacio hospitalario diferenciado. Diferenciado de acuerdo con dos principios: el de la "formación", que destinaría cada hospital a una categoría de enfermos, o a una familia de enfermedades; el de la "distribución" que define, en el interior de un mismo hospital, el orden a seguir "para colocar en él las especies de enfermos que se haya acordado recibir".[8] Así, la familia, lugar natural de la enfermedad, se encuentra duplicada en otro espacio que debe reproducir como un microcosmos la configuración específica del mundo patológico. Allí, bajo la mirada del médico de hospital, las enfermedades se agruparán por órdenes, tipos y especies, en un dominio racionalizado que restituye la distribución originaria de las esencias. Así concebido, el hospital permite "clasificar de tal modo a los enfermos que cada uno encuentra lo que conviene a su estado sin agravar por su vecindad el mal de otro, sin difundir el contagio, ya sea en el hospital, ya sea fuera de él."[9] La enfermedad encuentra allá su elevado lugar, y como la residencia forzada de su verdad.

En los proyectos del Comité de Auxilios, dos instancias se yuxtaponen: la ordinaria, que implica, por la repartición de la ayuda una vigilancia continua del espacio social con un sistema de centros regionales fuertemente medicalizados; en cuanto a la instancia extraordinaria, está constituida por espacios discontinuos exclusivamente médicos, y estructurados según el modelo del saber científico. La enfermedad está, así, presa en un doble sistema de observación: hay una mirada que la confunde y la resorbe en el conjunto de las miserias sociales por suprimir; y una

[7] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine*, p. 135.
[8] Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux* (París, 1788), p. 359.
[9] *Ibid.*, p. 354.

mirada que la aísla para cercarla mejor en su verdad de naturaleza.

La Legislativa dejaba a la Convención dos problemas que no estaban resueltos: el de la propiedad de los bienes de los hospitales, y el nuevo, del personal de los hospitales. El 18 de agosto de 1792, la Asamblea había declarado disueltas "todas las corporaciones religiosas y las congregaciones seculares de hombres o de mujeres eclesiásticos o laicos".[10] Pero la mayor parte de los hospitales se consideraban órdenes religiosas, o, como la Salpêtrière, organizaciones laicas concebidas sobre un modelo casi monástico; por eso el decreto añade: "No obstante en los hospitales y casas de caridad, las mismas personas continuarán como antes el servicio de los pobres y el cuidado de los enfermos a título individual, bajo la vigilancia de los cuerpos municipales y administrativos, hasta la organización definitiva que el Comité de Auxilios presentará incesantemente en la Asamblea Nacional." De hecho, hasta Termidor, la Convención pensará sobre todo en el problema de la asistencia y del hospital en términos de supresión. Supresión inmediata de los auxilios del Estado pedida por los girondinos que temen mucho la organización de cuadros políticos de las clases más pobres por las Comunas, si les es dado repartir la asistencia; para Roland, el sistema de los auxilios manuales "es el más peligroso": sin duda la beneficencia puede y debe ejercerse por "suscripción privada, pero el gobierno no debe inmiscuirse en ello; sería engañado, y no auxiliaría o auxiliaría mal".[11] Supresión de los hospitales, pedida por la Montaña; hay en ellos como una institucionalización de la miseria; y una de las tareas de la Revolución debe ser hacerlos desaparecer haciéndolos inútiles; a

[10] J. B. Duvergier, *Collection complète des lois...*, t. IV, p. 325.

[11] *Archives Parlamentaires*, t. LVI, p. 646; citado en Imbert, *Le droit hospitalier sous la Révolution et l'Empire*, p. 76, n. 29.

propósito de un hospital consagrado "a la humanidad que sufre", Lebon pedía: ¿Debe haber una parte cualquiera de la humanidad que sufra?... Poned por lo tanto encima de las puertas de estos asilos inscripciones que anuncien su próxima desaparición. Porque si la Revolución termina, y tenemos aún desdichados entre nosotros, nuestros trabajos revolucionarios habrán sido vanos".[12] Y Barère en la discusión de la ley del 22 Floreal año II, lanzará la célebre fórmula: "Más limosnas, más hospitales".

Con la victoria de la Montaña, vence la idea de una organización por el Estado de los auxilios públicos y de una supresión complementaria, con un plazo más o menos lejano, de establecimientos hospitalarios. La constitución del año II proclama en su Declaración de Derechos que "los auxilios públicos son una deuda sagrada"; la ley del 22 Floreal prescribe la formación de un "gran libro de la beneficencia nacional" y la organización de un sistema de auxilios en el campo. No se prevén casas de salud sino para los "enfermos que no tienen domicilio, o que no podrán recibir auxilios en él".[13] La nacionalización de los bienes de los hospitales, cuyo principio estaba aceptado desde el 19 de marzo de 1793, pero cuya aplicación debería ser retardada hasta después de "la organización completa, definitiva y en muchas actividades del auxilio público", se hace inmediatamente ejecutiva con la ley del 23 Mesidor año II. Los bienes de los hospitales serán vendidos entre los bienes nacionales, y la asistencia asegurada por el Tesoro. Agencias provinciales se encargarán de distribuir a domicilio los auxilios necesarios. Así comienza a pasar, si no a la realidad, por lo menos a la legislación, el gran sueño de una deshospitalización total de la enfermedad y de la indigencia. La pobreza es un hecho económico al cual la asistencia debe auxiliar, mientras

[12] *Ibid.*, p. 78.
[13] Ley del 19 de marzo de 1793.

existe; la enfermedad es un accidente individual al cual la familia debe responder, asegurando a la víctima los cuidados necesarios. El hospital es una solución anacrónica que no responde a las necesidades reales de la pobreza, y que estigmatiza en su miseria al hombre enfermo. Debe haber un estado ideal en el cual el ser humano no conocerá ya el agotamiento de los trabajos fatigosos, ni el hospital que conduce a la muerte. "Un hombre no está hecho ni para los oficios, ni para el hospital, ni para los hospicios: todo esto es horrible."[14]

2. EL DERECHO DE EJERCICIO Y LA ENSEÑANZA MÉDICA

Los decretos de Marly, promulgados el mes de marzo de 1707, habían reglamentado para todo el siglo XVIII la práctica de la medicina y la formación de médicos. Se trataba entonces de luchar contra los charlatanes, los empíricos "y las personas sin título y sin capacidad que ejercían la medicina"; correlativamente, había sido preciso reorganizar las Facultades "caídas desde hacía varios años en el más extremo relajamiento". Estaba prescrito que la medicina, en lo sucesivo, se enseñaría en todas las universidades del reino que tenían, o habían tenido, una facultad; que las cátedras, en vez de permanecer indefinidamente vacantes, serían disputadas apenas estuvieran libres; que los estudiantes no recibirían su grado sino después de tres años de estudios, debidamente comprobados, por inscripciones hechas cada cuatro meses; que cada año sufriría un examen antes de las actas que les dieran el título de bachiller, licenciado y doctor; que deberían asistir obligatoriamente a los cursos de anatomía, de farmacia química y galénica, y a las demostraciones de plantas.[15] En estas condiciones, el

[14] Saint-Just en Buchez y Roux, *Histoire parlamentaire*, t. XXXV, p. 296.

[15] Artículos 1, 6, 9, 10, 14 y 22.

artículo 26 del decreto postulaba como principio: "Nadie podrá ejercer la medicina, ni dar ningún remedio ni siquiera gratuitamente si no ha obtenido el grado de licenciado"; y el texto añadía —lo cual era la consecuencia primordial y el fin comprado por las Facultades de Medicina al precio de su reorganización—: "que todos los religiosos mendicantes, o no mendicantes estén y permanezcan comprendidos en la prohibición señalada por el artículo precedente." [16] A fines de siglo, las críticas son unánimes, por lo menos en cuatro puntos: los charlatanes siguen floreciendo; la enseñanza canónica dada en la Facultad no responde ya a las exigencias de la práctica, ni a los nuevos descubrimientos (no se enseña sino la teoría; no se deja lugar ni a las matemáticas, ni a la física); hay demasiadas Escuelas de Medicina para que la enseñanza pueda estar asegurada en todas partes de modo satisfactorio; reina la concusión (se procuran las cátedras como cargos; los profesores dan cursos pagados; los estudiantes compran sus exámenes, y hacen escribir sus tesis a médicos necesitados), lo que hace muy costosos los estudios médicos, tanto más que para formarse al fin en la práctica, el nuevo doctor debe seguir en sus visitas a un práctico renombrado al que le es preciso, entonces, indemnizar.[17] La Revolución se encuentra por consiguiente en presencia de dos series de reivindicaciones: las unas a favor de una limitación más estricta del derecho de ejercer; las otras a favor de una organización más rigurosa de los estudios universitarios. Ahora bien, las unas y las otras van al encuentro de todo este movimiento de reformas que desemboca en la supresión de las cofradías y

[16] Artículos 26 y 27. El texto completo de los decretos de Marly es citado por Gilibert, *L'anarchie médicinale* (Neuchâtel, 1772), t. II, pp. 58-118.

[17] Cf. A este respecto Gilibert citado más arriba; Thiery, *Voeux d'un patriote sur la médecine en France* (1789): este texto había sido escrito en 1750 y publicado sólo en el momento de los Estados Generales.

de las corporaciones, y en el cierre de las universidades.

De ahí una tensión entre las exigencias de una reorganización del saber, las de la abolición de los privilegios, por último las de una vigilancia eficaz de la salud de la nación. ¿Cómo la libre mirada que la medicina y, a través de ella, el gobierno deben posar sobre los ciudadanos, puede estar armada y ser competente sin ser presa del esoterismo de un saber y la rigidez de los privilegios sociales?

Primer problema: ¿puede la medicina ser una profesión libre que no proteja ninguna ley corporativa, ninguna prohibición de ejercicio, ningún privilegio de competencia? ¿Puede ser la conciencia médica de una nación tan espontánea como su conciencia cívica o moral? Los médicos defienden sus derechos corporativos haciendo valer que no tienen el sentido del privilegio, sino de la colaboración. El cuerpo médico se distingue por una parte de los cuerpos políticos, en que no trata de limitar la libertad de otro, y de imponer leyes u obligaciones a los ciudadanos; no impone imperativos sino a él mismo; su "jurisdicción se concentra en su seno";[18] pero se distingue también de los demás cuerpos profesionales, porque no está destinado a mantener derechos y tradiciones oscuras, sino a comparar y a comunicar el saber: sin un órgano constituido, las luces se apagarían desde su nacimiento, estando la experiencia de cada uno perdida para todos. Los médicos al unirse hacen este juramento implícito: "queremos ilustrarnos fortificándonos en todos nuestros conocimientos; la debilidad de algunos de nosotros se corrige por la superioridad de los demás; reuniéndonos bajo una administración común, estimularemos sin cesar la emulación".[19] El cuerpo de los médicos se critica a sí mismo más que se protege,

[18] Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée Nationale* (París, 1790) p. 14.

[19] Cantin, *Ibid.*

y es, por este hecho, indispensable para proteger al pueblo contra sus propias ilusiones y contra los charlatanes mistificadores;[20] "Si los médicos y los cirujanos forman un cuerpo necesario en la sociedad, sus funciones importantes exigen de parte de la autoridad legislativa una consideración particular que prevenga los abusos".[21] Un Estado libre que quiere mantener a los ciudadanos libres del error y de los males que acarrea no puede autorizar un libre ejercicio de la medicina.

En efecto, nadie pensará, ni siquiera entre los más liberales de los girondinos, liberar enteramente la práctica médica y abrirla a un régimen de competencia sin control. El mismo Mathieu Géraud, al pedir la supresión de todos los cuerpos médicos constituidos, quería establecer en cada departamento un Tribunal que juzgaría "a todo particular que se inmiscuyera en la medicina sin haber hecho sus pruebas de capacidad".[22] Pero el problema del ejercicio de la medicina estaba vinculado a otros tres: la supresión general de las corporaciones, la desaparición de la sociedad de medicina, y sobre todo el cierre de las universidades.

Hasta Termidor, los proyectos de reorganización de las Escuelas de Medicina son innumerables. Se los puede agrupar en dos familias, los unos suponiendo la persistencia de las estructuras universitarias, los otros tomando en cuenta los decretos del 17 de agosto de 1792. En el grupo de los "reformistas", se encuentra constantemente la idea de que es menester borrar las particularidades locales, suprimiendo las pequeñas Facultades que vegetan, en las cuales los profesores insuficientemente numerosos, poco competentes distribuyen o venden los exámenes y los títulos. Algunas

[20] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine.*

[21] Jadelot, *Adresse à Nos Seigneurs de l'Assemblée Nationale* (Nancy, 1790), p. 7.

[22] Cf. *supra,* pp. 52-3.

Facultades importantes ofrecerán en todo el país cátedras que los mejores postularán; formarán doctores cuya calidad nadie pondrá en duda; el control del Estado y el de la opinión intervendrán así de modo eficaz en la génesis de un saber y de una conciencia médica adecuada, al fin, a las necesidades de la nación. Thiery estima que serían suficientes cuatro Facultades; Gallot dos solamente, con algunas escuelas especiales para una enseñanza menos erudita.[23] Será menester también que los estudios duren más tiempo: siete años según Gallot, diez según Cantin; es que ahora se trata de incluir en el ciclo de estudios las matemáticas, la geometría, la física y la química,[24] todo lo que tiene un vínculo orgánico con la ciencia médica. Pero sobre todo, es menester tener presente la enseñanza práctica. Thiery, desearía un Instituto Real, casi independiente de la Facultad y que asegurara a la *élite* de los médicos jóvenes una formación perfeccionada y esencialmente práctica; se crearía en el Jardin du Roi una especie de internado con un hospital adjunto (se podría utilizar la Salpêtrière, muy cercano); allí, los profesores enseñarían visitando a los enfermos; la Facultad se contentaría con delegar un doctor-regente para los exámenes públicos del Instituto. Cantin propone que, una vez aprendido lo esencial, los médicos candidatos se envíen ora a los hospitales, ora al campo, junto a los que allí ejercen; es que, aquí y allá, se necesita mano de obra, y los enfermos que allí se atienden raramente necesitan médicos muy competentes; haciendo esta especie de vuelta a la Francia médica, región por región, los futuros doctores recibirán la enseñanza más diversa, aprenderán a conocer las enfermedades de cada clima, y tendrán conocimiento de los métodos que dan mejor resultado.

[23] Thiery, *loc. cit.*; J.-P. Gallot, *Vues générales sur la restauration de l'art de guérir* (París, 1790).

[24] Thiery, *loc. cit.*, pp. 89-98.

Formación práctica, curiosamente independiente de la enseñanza teórica y universitaria. Cuando está ya (lo veremos más adelante) la medicina en posesión de los conceptos que le permitirán definir la unidad de una enseñanza clínica, los teóricos no llegan a proponer una versión institucional de ella: la formación práctica no es la aplicación pura y simple del saber abstracto (bastaría entonces confiar esta enseñanza práctica a los profesores de las escuelas); pero no puede ser tampoco la llave de este saber (no se la puede adquirir sino una vez dominado este saber); es que de hecho esta enseñanza práctica sigue ocultando la estructura tecnológica de una medicina del grupo social, mientras no se desligue la formación universitaria de una medicina más o menos emparentada de cerca con la teoría de las especies.

De una manera bastante paradójica, esta adquisición de la práctica, que está dominada por el tema de la utilidad social, se abandona casi enteramente a la iniciativa privada; controlando apenas el Estado la enseñanza teórica. Cabanis quisiera que todo médico de hospital tuviera el permiso de "formar una escuela según el plan que juzgara mejor": él y sólo él, fijaría a cada alumno el tiempo de los estudios necesarios; para algunos, bastarían dos años; para otros, menos dotados, serían menester cuatro; debidas a la iniciativa individual, estas lecciones se pagarían necesariamente, y los mismos profesores fijarían el precio; éste, sin duda, podría ser muy elevado, si el profesor era célebre y su enseñanza solicitada, pero no hay ningún inconveniente en ello: la "noble emulación alimentada por toda clase de motivos no podría sino volverse en provecho de los enfermos, de los alumnos y de la ciencia".[25]

Curiosa y compleja estructura de este pensamiento reformador. Se pretendía dejar la asistencia a la ini-

[25] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux* (París, 1790), pp. 32-33.

ciativa individual, y mantener los establecimientos hospitalarios para una medicina más compleja y como privilegiada; por una pirueta, la configuración de la enseñanza es inversa: ésta sigue un camino obligatorio y público en la Universidad; en el hospital, se hace privada, de competencia y de pago; es que a este nivel las estructuras tecnológicas del saber y de la percepción no pueden aún sobreponerse: la manera en la cual se posa la mirada y la manera en la cual se la forma no se reúnen. El campo de la práctica médica está dividido entre un dominio libre, e indefinidamente abierto, el del ejercicio a domicilio, y un lugar cerrado, cerrado sobre las verdades de especies que descubre; el campo del aprendizaje se divide entre un dominio cerrado de las verdades esenciales, y éste, libre en el cual la verdad habla por sí misma. Y el hospital desempeña alternativamente este doble papel: lugar de las verdades sistemáticas para la mirada que posa el médico, es el de los experimentos libres para el saber que formula el maestro.

Agosto de 1791, cierre de las Universidades; septiembre, es disuelta la Legislativa. La ambigüedad de estas estructuras complejas va a descomponerse. Los girondinos apelan a una libertad que exigen total; y vienen en su ayuda todos aquellos, favorecidos por el antiguo estado de cosas, que piensan poder, en la ausencia de toda organización, volver a encontrar si no sus privilegios por lo menos su influencia. Católicos como Durand Maillane, antiguos oratorianos como Daunou o Sieyes, moderados como Fourcroy, son partidarios del más extremo liberalismo en la enseñanza de las ciencias y de las artes. El proyecto de Condorcet amenaza, a su parecer, con la reconstrucción de una "corporación formidable";[26] se vería renacer lo que se acaba apenas de abolir, "las góticas universita-

[26] Durand Maillane, J. Guillaume, *Procès-verbaux du Comité d'Instruction publique de la Convention*, t. I., p. 124.

des y las aristocráticas academias";[27] desde entonces, no habría necesidad de esperar mucho para que se reanudara la red de un sacerdocio "más temible tal vez que el que la razón del pueblo acaba de derribar".[28] A los lugares y plazas de este corporatismo, la iniciativa individual llevará la verdad por todas partes donde sea realmente libre: "Dad al genio toda la latitud del poder y de libertad que reclama; proclamad sus derechos imprescriptibles; prodigad a los intérpretes útiles de la naturaleza en cualquier parte en que se encuentren los honores y las recompensas públicas; no encerréis en un círculo estrecho las luces que no buscan sino extenderse".[29] Ninguna organización, sino simplemente una libertad dada: "los ciudadanos ilustrados en las letras y en las artes están invitados a entregarse a la enseñanza en toda la extensión de la República Francesa". Ni exámenes, ni otros títulos de competencia que la edad, y la experiencia, la veneración de los ciudadanos; el que quiera enseñar matemáticas, bellas artes, o medicina, deberá sólo obtener de su municipalidad un certificado de civismo y de probidad: si lo necesita, y si lo merece, podrá también pedir a los organismos locales que se le preste material de enseñanza y de experimentación. Estas lecciones, libremente dadas, serán retribuidas por los alumnos de acuerdo con el maestro; pero las municipalidades podrán distribuir becas a quienes lo merezcan. La enseñanza, en el régimen del liberalismo económico y de la competencia, se concilia con la vieja libertad griega: el saber, espontáneamente, se trasmite por la Palabra, y en él triunfa quien lleva en ella la mayor verdad. Y como para dar un sello de nostalgia y de inaccesibilidad a su sueño, para conferirle una sigla más griega aún, que hace sus in-

[27] Fourcroy, *Rapport sur l'enseignement libre des sciences et des arts* (París, año II), p. 2.
[28] *Ibid.*, p. 2.
[29] *Ibid.*, p. 8.

tenciones inatacables, y oculta mejor sus miras reales, Fourcroy propone que después de 25 años de enseñanza, los maestros cargados de años y de veneración sean, como tantos otros Sócrates, reconocidos al fin por una Atenas mejor, alimentados para su larga vejez en el Prytaneo.

Paradójicamente, son los de la Montaña, y los más cercanos a Robespierre, los que defienden las ideas cercanas al proyecto de Condorcet. Le Pelletier cuyo plan, después de su asesinato, es adoptado por Robespierre, luego Romme (caídos los girondinos) proyectan una enseñanza centralizada y controlada en cada grado por el Estado; incluso en la Montaña, hay inquietud por estas "40 000 bastillas donde se proponen encerrar la generación que nace".[80] Bouquier, miembro del Comité de Instrucción Pública, apoyado por los jacobinos, ofrece un plan mixto, menos anárquico que el de los girondinos, menos estricto que el de Le Pelletier y de Romme. Hace una distinción importante entre "los conocimientos indispensables al ciudadano", y sin los cuales no puede convertirse en un hombre libre —el Estado le debe esta educación, como le debe la libertad misma— y los "conocimientos necesarios para la sociedad": el Estado "debe favorecerlos, pero no puede ni organizarlos, ni controlarlos como los primeros; sirven a la colectividad, no forman al individuo". La medicina forma parte de ellos con las ciencias y las artes. En 9 ciudades del país, se crearán Escuelas de Salud cada una con 7 "instructores"; pero la de París tendrá 14. Además, "un oficial de salud dará lecciones en los hospitales reservados a las mujeres, a los niños, a los locos y a los afectados por enfermedades venéreas". Estos instructores serán a la vez retribuidos por el Estado (3 500 libras por año), y elegidos por jurados escogidos por

[80] Sainte-Foy, *Journal de la Montagne*, n. 29, 12 diciembre de 1793.

"los administradores del distrito junto con los ciudadanos".[31] Así, la conciencia pública encontrará en esta enseñanza a la vez su libre expresión y la utilidad que busca.

Cuando se llega a Termidor, los bienes de los hospitales son nacionalizados, las corporaciones prohibidas, las sociedades y academias abolidas, la Universidad, con las Facultades y las Escuelas de Medicina, ya no existen; pero los hombres de la Convención no tienen holgura para poner en obra la política de asistencia cuyo principio admitieron, ni para dar límite al libre ejercicio de la medicina, ni para definir las actitudes que le son necesarias; ni para fijar, por último, las formas de su enseñanza.

Tal dificultad sorprende cuando se piensa que, durante decenas de años, cada una de estas cuestiones había sido discutida, que desde hacía mucho tiempo habían sido propuestas muchas soluciones, que indicaban un dominio conceptual de los problemas; y que, sobre todo la Legislativa, había postulado como principio lo que, de Termidor al Consulado, se descubrirá de nuevo como solución.

Durante todo este período, faltaba una estructura indispensable: aquella que habría podido dar unidad a una forma de experiencia ya definida por la observación individual, al examen de los casos, a la práctica cotidiana de las enfermedades, y a una forma de enseñanza que bien se comprende debería darse en el hospital más que en la Facultad, y en el recorrido íntegro del mundo concreto de la enfermedad. No se sabía cómo restituir con la palabra, lo que, se sabía, no había sido dado más que a la mirada. Lo *Visible* no era *Decible,* ni *Discible.* Es decir, si las teorías de la medicina se habían modificado mucho desde hacía

[31] Fourcroy, *loc., cit.*

medio siglo, sus estructuras no habían cambiado en absoluto. El principio de las percepciones individuales y concretas no estaba desprendido del espacio nosológico que había formulado por primera vez su exigencia; y el tema de una conciencia médica, normativa y colectiva, se expresaba todavía en el lenguaje de una medicina de los climas y de los lugares. Los paisajes de nacimiento no se habían olvidado; y todas las ideas nuevas gravitaban, en el vacío, alrededor de una figura que estaba cercada desde el exterior, pero que no había alcanzado su estatuto positivo. Sólo una mutación estructural profunda podía equilibrar la medicina alrededor de la experiencia clínica.

Y estos temas fluctuantes, que apelaban a una tal mutación, eran también su principal obstáculo. La idea de un dominio transparente, sin divisiones, abierto de arriba a abajo a una mirada armada, no obstante, de sus privilegios y de su competencia, disipaba sus propias dificultades en los poderes prestados a la libertad: en ella, la enfermedad debía formular por sí misma una verdad invariable y ofrecida, sin perturbación, a la mirada del médico; y la sociedad, médicamente invertida, instruida, y vigilada, debía liberarse con ello mismo de la enfermedad. Gran mito de la *libre mirada,* que, en su fidelidad a *descubrir,* recibe la virtud de *destruir;* mirada purificada que purifica; liberada de la sombra, disipa las sombras. Los valores cosmológicos implícitos en la *Aufklärung* cuentan aún aquí. La mirada médica, cuyos poderes tratamos de reconocer, no ha recibido todavía en la organización clínica su estructura tecnológica; no es más que un segmento de la dialéctica de las Luces transportado al ojo del médico.

Por un efecto vinculado a la suerte de la medicina moderna, la clínica permanecerá, para la mayoría de los espíritus, más emparentada con estos temas de la luz y de la libertad, que en definitiva la han esquivado, que con la estructura discursiva en la cual ha

nacido en efecto. Se pensará de buena gana que la clínica ha nacido en este libre jardín donde, por un consentimiento común, el médico y el enfermo vienen a encontrarse, donde la observación se hace, en el mutismo de las teorías, a la claridad única de la mirada, donde, de maestro a discípulo, se trasmite la experiencia por debajo, incluso, de las palabras. Y en provecho de esta historia que vincula la fecundidad de la clínica a un *liberalismo* científico, político y económico, se olvida que fue, durante años, el tema ideológico que supuso el obstáculo para la organización de la medicina clínica.

4

ANTIGÜEDAD DE LA CLÍNICA

Mucho antes de terminar el siglo XVIII, existía la clínica. De nuevo es menester hacer la separación entre los mitos en los cuales se ha apoyado la medicina, durante mucho tiempo y hasta nuestros días, y una historia real que se trata de descifrar a través de ellos.

Cuando se reflexiona sobre su pasado, la medicina, desde los últimos años del siglo XVIII, se define en una doble relación con el tiempo. Lo que en ella *no es sino historia*, es decir caída en el tiempo, señalaría teorías; en la confusión del saber, la "sistemática" en general formaría lo invariable a partir de lo cual, las variaciones de las teorías serían, a la vez, posibles en cada instante, e imposibles en la duración. Pero por otra parte, la *historicidad* de la medicina, lo que hace que su verdad se manipule en un tiempo en el cual ésta se conserva, se encamina y tiende, sin llegar a ello, a concluirse, esta historicidad indicaría un *no-sistema*, es decir, otro invariable que se llama la *clínica*. Mientras haya una historia manifiesta y estéril de los sistemas, es decir, de lo que ocurre con el tiempo, la historia de la clínica contará aquello por lo cual la medicina a través del tiempo significa y mantiene su verdad. No está enteramente ni en el tiempo, ni fuera del tiempo, porque es el umbral y la llave de este reino en el cual se anudan el tiempo y la verdad.

De ahí todos estos mitos por los cuales se ha simbolizado, a fines del siglo XVIII y a principios del XIX, la historia y la historicidad de la medicina. Se decía que en la clínica había encontrado la medicina su

posibilidad de origen. En el alba de la humanidad, antes de toda vana creencia, antes de todo sistema, la medicina, en su integridad, residía en una relación inmediata del sufrimiento con lo que lo alivia. Esta relación era de instinto y de sensibilidad, más aún que de experiencia; estaba establecido por el individuo por él mismo y para sí mismo, antes de entrar en una red social: "La sensibilidad del enfermo le enseña que tal posición o tal otra lo alivia, o lo atormenta".[1] Esta relación, establecida sin la mediación del saber, es comprobada por el hombre sano; y esta observación misma no es opción para un conocimiento por venir; no es ni siquiera toma de conciencia; se cumple en lo inmediato y a ciegas: "Una voz secreta nos dice aquí: contempla la naturaleza";[2] multiplicada por sí misma, trasmitida de los unos a los otros, se convierte en una forma general de conciencia en la cual cada individuo es a la vez el sujeto y el objeto: "todo el mundo indistintamente practicaba esta medicina... las experiencias que cada uno hacía eran comunicadas a otras personas... y estos conocimientos pasaban del padre a los hijos".[3] Antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma: edad de felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fueron inaugurados la escritura y el secreto, es decir la repartición de este saber en un grupo privilegiado, y la disociación de la relación inmediata, sin obstáculo ni límites, entre Mirada y Palabra: lo que se había sabido no se comunicaba ya a los demás y vestido de nuevo en la cuenta de la práctica sino una vez pasado por el esoterismo del saber.[4]

[1] Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée Nationale* (París, 1790), p. 8.
[2] *Ibid.*
[3] Coakley Lettson, *Histoire de l'origine de la médecine* (trad. fr., París, 1787), p. 7.
[4] *Ibid.*, pp. 9-10.

Durante mucho tiempo, sin duda, la experiencia médica permaneció abierta, y supo encontrar, entre el ver y el saber, un equilibrio que la protegió del error: "En los tiempos remotos, el arte de la medicina se enseñaba en presencia de su objeto y los jóvenes aprendían la ciencia médica en el lecho del enfermo"; éstos, con mucha frecuencia, estaban alojados en el domicilio mismo del médico, y los alumnos acompañaban a los maestros, mañana y tarde, a la visita de sus clientes.[5] De este equilibrio, Hipócrates sería a la vez el último testimonio y el representante más ambiguo: la medicina griega del siglo v no sería otra cosa que la codificación de esta clínica universal, e inmediata; ella formaría su primera conciencia total, y en este sentido, sería tan "simple y pura",[6] como esta experiencia primera; pero en la medida en que ella la organiza en un cuerpo sistemático a fin de "facilitar" y de "compendiar su estudio", una dimensión nueva se introduce en la experiencia médica: la de un saber que se puede llamar, literalmente, ciego, ya que no tiene mirada. Este conocimiento, que no ve, es el origen de todas las ilusiones; una medicina acosada por la metafísica se hace posible: "Después que Hipócrates hubo reducido la medicina a sistema, se abandonó la observación y la filosofía se introdujo en ella." [7]

Tal es la ocultación que ha permitido la larga historia de los sistemas, con la "multiplicidad de las diferentes sectas opuestas y contradictorias".[8] Historia que se anula por eso mismo, no conservando del tiempo sino su marca destructora. Pero, bajo ésta que destruye, vela otra historia, más fiel al tiempo porque

[5] P. Moscati, *De l'emploi des systèmes dans la médecine pratique* (trad. fr., Estrasburgo, año VII), p. 13.

[6] P.-A.-O. Mahon, *Histoire de la médecine clinique* (París, año XII), p. 323.

[7] Moscati, *loc. cit.*, pp. 4-5.

[8] *Ibid.*, p. 26.

está más próxima a su verdad de origen. En ésta se recoge imperceptiblemente la vida sorda de la clínica. Permanece bajo las "teorías especulativas",[9] ahora en el contacto del mundo percibido, la práctica médica, y abriéndolo al paisaje inmediato de la verdad: "En todos los tiempos han existido médicos que después de haber, con la ayuda del análisis tan natural al espíritu humano, deducido del aspecto del enfermo todos los datos necesarios sobre su idiosincrasia, se han contentado con estudiar los síntomas..."[10] Inmóvil, pero siempre cerca de las cosas, la clínica da a la medicina su verdadero movimiento histórico, borra los sistemas, mientras que la experiencia que los desmiente acumula su verdad. Así se trama una continuidad fecunda que asegura a la patología "la uniformidad ininterrumpida de esta ciencia en los diferentes siglos".[11] Contra los sistemas, que pertenecen al tiempo negativo, la clínica es el tiempo positivo del saber. No se tiene, por lo tanto, que inventarla, sino que descubrirla de nuevo: existía ya en las formas primeras de la medicina; ha constituido toda la plenitud de ella; basta entonces negar lo que la niega, destruir lo que con relación a ella es nada, es decir "el prestigio" de los sistemas, y dejarla al fin "gozar de todos sus derechos".[12] La medicina entonces estará al mismo nivel que su verdad.

Toda esta mitología, cuya aparición se sitúa a fines del siglo XVIII, da un estatuto a la vez universal e histórico a una reciente colocación de las instituciones y de los métodos clínicos. Los hace valer como restitu-

[9] Dezeimeris, *Dictionnaire historique de la médecine* (París, 1828), t. I, artículo "Clinique", pp. 830-837.

[10] J.-B. Regnault, *Considérations sur l'État de la médecine* (París, 1819), p. 10.

[11] P.-A.-O. Mahon, *Histoire de la médecine clinique* (París, año XII), p. 324.

[12] *Ibid.*, p. 323.

ción de una verdad de siempre, en un desarrollo histórico continuo, en el cual los únicos acontecimientos han sido de orden negativo: olvido, ilusión, ocultación. De hecho, una manera semejante de escribir de nuevo la historia, evitaba una historia mucho más verdadera, pero mucho más compleja. La disfrazaba, al asimilar al método clínico cualquier estudio de un caso, de acuerdo con el antiguo uso de la palabra; y así, autorizaba todas las reducciones interiores que deberían hacer de la clínica y que hacen de ella aún en nuestros días un puro y simple examen del individuo.

Para comprender el sentido y la estructura de la experiencia clínica, es menester rehacer primeramente la historia de las instituciones en las cuales se ha manifestado su esfuerzo de organización. Hasta los últimos años del siglo XVIII, esta historia, tomada como sucesión cronológica, es de una extrema pobreza.

En 1658, François de La Boe abre una escuela clínica en el hospital de Leyden: publica sus observaciones bajo el título de *Collegium Nosocomium*.[13] El más ilustre de sus sucesores será Boerhaave; es posible, no obstante, que haya habido desde fines del siglo XVI una cátedra de clínica en Padua.[14] En todo caso es de Leyden, con Boerhaave y sus alumnos, de donde partió, en el siglo XVIII, el movimiento de creación, a través de toda Europa, de cátedras y de institutos clínicos. Son los discípulos de Boerhaave quienes, en 1720, reforman la Universidad de Edimburgo y crean una clínica sobre el modelo de Leyden; ésta es imitada en Londres, en Oxford, en Cambridge, en Dublín.[15] En 1733, se pide a Van Swieten un plan para el establecimiento de una clínica en el Hospital de Viena: el titular de ella es otro alumno de Boerhaave,

[13] Leyden, ,1667.

[14] Cf. Comparetti, *Saggio delle scuola clinica nolle spidle di Padova.*

[15] J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (trad. fr., Paris, 1777), pp. 94-95.

de Haen, al cual suceden Stoll y luego Hildenbrand;[16] el ejemplo es seguido en Gotinga donde enseñan alternativamente Brendel, Vogel, Baldinger y J. P. Franck;[17] en Padua, algunas camas del hospital se consagran a la clínica, con Knips como profesor; Tissot, encargado de organizar una clínica en Pavía, fija el plan de ello en su lección inaugural el 26 de noviembre de 1781;[18] hacia 1770 Lacassaigne, Bourru, Guilbert y Colombier quisieron organizar, a título privado y a sus expensas, una casa de salud de 12 camas, reservada a las enfermedades agudas; los médicos que las trataran enseñarían allí al mismo tiempo la práctica,[19] pero el proyecto fracasó. La Facultad, el cuerpo de los médicos en general, tenían demasiado interés en que se mantuviera el antiguo estado de cosas en el cual una enseñanza práctica era dada en la ciudad, a título individual y oneroso, por los consultores más notables. Es en los hospitales militares donde la enseñanza clínica se organizó primeramente; el Reglamento para los Hospitales establecido en 1775, señala en su artículo XII que cada año de estudio debe comprender "un curso de práctica clínica de las principales enfermedades que reinan entre las tropas en los ejércitos y guarniciones".[20] Y Cabanis cita como ejemplo la clínica del hospital de la marina en Brest fundada por Dubreil bajo los auspicios del mariscal de Castries.[21] Señalemos por último la

[16] A. Storck, *Instituta Facultatis mediae Vivobonensis* (Viena, 1775).

[17] Dezeimeris, *Dictionaire historique de la médecine* (París, 1828), t. I, pp. 830-837, artículo "Clinique".

[18] Tissot, *Essai sur les études de médecine* (Lausana, 1785), p. 118.

[19] Colombier, *Code de Justice Militaire*, II, pp. 146-147.

[20] *Règlement pour les hôpitaux militaires de Strasbourg, Metz et Lille, fait sur ordre du roi par P. Haudesiercck* (1775), citado por Boulin, *Mémoires pour servir à l'histoire de la médecine* (París, 1776), t. II, pp. 73-80.

[21] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux* (París, 1790), p. 31.

creación en 1787 de una clínica para partos con Copenhague.[22]

Tal es, al parecer, la sucesión de los hechos. Para comprender su sentido y circunscribir los problemas que ésta plantea, es menester volver primeramente sobre un cierto número de verificaciones que debieran disminuir su importancia. El examen de los casos, su informe detallado, su relación con una explicación posible es una tradición esencial, y jamás puesta en duda, de la experiencia médica; la organización de la clínica por consiguiente no es correlativa al descubrimiento del hecho individual en la medicina; las innumerables compilaciones de casos redactadas, desde el Renacimiento, bastan para probarlo. Por otra parte, la necesidad de una enseñanza por la práctica misma era, también, muy ampliamente reconocida: la visita de los hospitales por los aprendices de médicos era algo aceptado; y sucedía que algunos de ellos terminaban su formación en un hospital en el cual vivían y ejercían bajo la dirección de un médico.[23] En estas condiciones, ¿de qué novedad y de qué importancia podían ser estos establecimientos clínicos a los cuales el siglo XVIII, en sus últimos años sobre todo, atribuía tanto valor? ¿En qué podía distinguirse esta protoclínica tanto de una práctica espontánea que había formado un cuerpo con la medicina, como de la clínica tal como se organizará más tarde en un cuerpo complejo y coherente en el cual se reúnen una forma de experiencia, un método de análisis y un tipo de enseñanza? ¿Se le puede designar una estructura específica que sería propia, sin duda, a la expe-

[22] J.-B. Demangeon, *Tableau historique d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague* (París, año VII).

[23] Tal era el caso en Francia, por ejemplo en el Hospital General; durante todo el siglo XVIII un aprendiz de cirujano vivía en la Salpêtrière, seguía al cirujano en sus visitas y daba él mismo algunos cuidados rudimentarios.

riencia médica del siglo XVIII ya que es contemporánea de esta experiencia?

1. Esta protoclínica es más que un estudio sucesivo y colectivo de casos: debe reunir y hacer sensible el cuerpo organizado de la nosología. La clínica no estará por lo tanto ni *abierta a todo lo que venga,* como puede estarlo la práctica cotidiana de un médico, ni tampoco *especializada,* como estará en el siglo XIX: no es ni el dominio cerrado de lo que se ha escogido para estudiar, ni el campo estadístico abierto de lo que se está consagrado a recibir; se vuelve a cerrar sobre la totalidad didáctica de una experiencia ideal. No tiene la obligación de mostrar los casos, sus puntos dramáticos, sus acentos individuales, sino de manifestar en su recorrido complejo el círculo de las enfermedades. La Clínica de Edimburgo fue durante mucho tiempo un modelo por el estilo; está constituida de tal modo que se encuentran allí reunidos "los casos que parecen más adecuados para instruir".[24] Antes de ser encuentro de enfermo y médico, de una verdad por descifrar y de una ignorancia, y para poderlo ser, la *clínica debe formar constitucionalmente, un campo nosológico enteramente estructurado.*

2. Su modo de asentarse en el hospital es particular. No es su expresión directa, ya que un principio de elección sirve entre ella y él de límite selectivo. Esta selección no es simplemente cuantitativa, aunque la cifra óptima de las camas de una clínica no debe, según Tissot, exceder de treinta;[25] no es sólo cualitativa, aunque tienda de preferencia sobre tal o cual caso de gran valor instructivo. Al escoger, altera en su naturaleza misma el modo de manifestación de la enfermedad, y la relación de ésta con el enfermo; en el hospital tiene que vérselas con individuos que

[24] Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (trad. fr., París, 1777), pp. 94-95.

[25] Tissot, "Mémoire pour la construction d'un hôpitaux clinique", en *Essai sur les études médicales* (Lausana, 1875).

son indiferentemente portadores de una enfermedad o de otra; el papel del médico de hospital es descubrir la enfermedad en el enfermo; y esta interioridad de la enfermedad hace que a menudo ésta se esconda en el enfermo, oculta en él como un criptograma. En la clínica, se tratan a la inversa enfermedades cuyo portador es indiferente: lo que está presente es la enfermedad misma, en el cuerpo que le es propio y que no es el del enfermo, sino el de su verdad. Son "las enfermedades diferentes las cuales sirven como texto":[26] el enfermo es sólo aquello a través de lo cual se da el texto a leer, a veces complicado y enredado. En el hospital, el enfermo es *sujeto* de su enfermedad; es decir que se trata de un *caso;* en la clínica, en la cual no se trata sino del *ejemplo* el enfermo, es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual ésta se ha apropiado.

3. La clínica no conoce por lo tanto la verdad sino bajo su forma sintética. Está dada toda en ella y sus manifestaciones no son otra cosa que sus consecuencias. Sin duda, en esta forma de enseñanza, el alumno no conoce, al iniciar el juego, la clave. Tissot prescribe que hay que hacérsela buscar durante mucho tiempo. Aconseja confiar cada enfermo de la clínica a los estudiantes; son ellos, y sólo ellos quienes lo examinarán "con honestidad, con dulzura, con esa bondad que es tan confortante para esos pobres infortunados".[27] Comenzarán por preguntar sobre su país, sobre las instituciones que en él imperan, sobre su oficio, sus enfermedades anteriores; la manera en la cual ésta ha comenzado, los remedios tomados; hará la investigación de sus funciones vitales (respiración, pulso, temperatura), de sus funciones naturales (sed, apetito, excreciones), y de sus funciones animales (sentidos, facultades, sueño, dolor); deberán tam-

[26] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux,* p. 30.
[27] Tissot, *loc. cit.* p. 120.

bién "palparle el bajo vientre para comprobar el estado de sus vísceras".[28] Pero ¿qué buscan así, y qué principio hermenéutico debe guiar su examen? ¿Cuáles son las relaciones establecidas entre los fenómenos comprobados, los antecedentes conocidos, las perturbaciones y los déficit señalados? Nada más que lo que permite pronunciar un nombre, el de la enfermedad. Una vez hecha la designación se deducirán fácilmente las causas, el pronóstico, las indicaciones "preguntándose: ¿qué es lo que falta en este enfermo? ¿Qué se debe cambiar por eso mismo?"[29] Con relación a los métodos ulteriores de examen, éste, recomendado por Tissot, no es menos meticuloso en algunos detalles por lo menos. La diferencia de esta encuesta con "el examen clínico" está en lo que no hace de él el inventario de un organismo enfermo; se señalan en él los elementos que permitirán poner la mano en una clave ideal, clave que tiene cuatro funciones ya que es un modo de designación, un principio de coherencia, una ley de evolución y un cuerpo de preceptos. En otros términos, la mirada, que recorre un cuerpo que sufre, no alcanza la verdad que busca sino pasando por el momento dogmático del *nombre*, en el cual se recoge una doble verdad: ésta, oculta, pero ya presente de la enfermedad, ésta, cerrada, pero claramente deducible de la conclusión y de los medios. No es la mirada misma la que tiene el poder de análisis y de síntesis; sino la verdad sintética del lenguaje que viene a añadirse desde el exterior y como una recompensa a la mirada vigilante del estudiante. En este método clínico en el cual el espesor de lo percibido no oculta sino la imperiosa y lacónica verdad que nombra, no se trata de un *examen* sino de un *descriptamiento*.

4. En estas condiciones se comprende que la clí-

[28] *Ibid.*, pp. 121-123.
[29] *Ibid.*, p. 124.

nica no haya tenido más que una sola dirección: la que va, de arriba a abajo, del saber constituido a la ignorancia. En el siglo XVIII, no hay clínica que no sea pedagógica, y ésta incluso bajo una forma restringida, ya que no se admite que el médico mismo pueda leer a cada instante, por este método, la verdad que la naturaleza ha depositado en el mal. La clínica no toca sino a esta instrucción, en sentido limitado, que es dada por el maestro a sus alumnos; no es en sí misma una experiencia, sino el condensado, para el uso de otros, de una experiencia anterior. "El profesor indica a sus alumnos el orden en el cual deben ser observados los objetos para verse mejor y grabarse mejor en la memoria; les abrevia su trabajo; les hace aprovechar su experiencia."[30] De ninguna manera la clínica *descubrirá* por la mirada; duplicará solamente el arte de *demostrar mostrando.* Así había entendido Desault las lecciones de clínica quirúrgica que daba desde 1781 en el Hôtel-Dieu; "ante los ojos de sus oyentes, hacía traer los enfermos más gravemente afectados, clasificaba su enfermedad, analizaba las características de ella, trazaba la conducta a seguir, practicaba las operaciones necesarias, daba cuenta de sus procedimientos y de sus motivos, ilustraba cada día los cambios acaecidos, y presentaba en seguida el estado de las partes después de la curación... o demostraba sobre el cuerpo privado de vida las alteraciones que habían hecho al arte inútil".[31]

5. El ejemplo de Desault muestra no obstante que esta palabra, por didáctica que fuera en su esencia, aceptaba a pesar de todo el juicio y el riesgo del futuro. En el siglo XVIII, la clínica no es una estructura de la experiencia médica, sino que esa experiencia en el sentido por lo menos en que es prueba: prueba de

[30] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux* (París, 1790), p. 30.

[31] M.-A. Petit, "Éloge de Desault" en *Médecine du Cœur,* p. 108.

un saber que el tiempo debe confirmar, prueba de las prescripciones a las cuales el resultado dará o no la razón, y esto ante el jurado espontáneo que constituyen los estudiantes: hay como una justa, ante testigos, con la enfermedad que tiene sus cosas que decir y que, a pesar de la palabra dogmática que ha podido designarla, tiene su lenguaje propio. Aunque la lección dada por el maestro puede volverse contra él, y proferir por encima de su vano lenguaje una enseñanza que es la de la naturaleza misma. Cabanis explica así esta lección de la mala lección: si el profesor se equivoca, "sus errores son revelados en seguida por la naturaleza... cuyo lenguaje es imposible apagar o alterar. A menudo incluso éstos son más útiles que sus éxitos y hacen más ineficaces las imágenes que, sin esto quizá, no hubieran sido en ellos sino impresiones pasajeras".[32] Por consiguiente, cuando la designación magistral fracasa y cuando el tiempo la hace irrisoria, se reconoce el movimiento de la naturaleza por sí mismo: el lenguaje del saber calla, y se mira. La probidad de esta prueba clínica era grande porque se vinculaba a su propio riesgo por una especie de contrato cotidianamente renovado. En la clínica de Edimburgo, los estudiantes tenían un cuaderno del diagnóstico dado, del estado del enfermo en cada visita, y de los medicamentos tomados durante el día.[33] Tissot, que también recomienda que se lleve un diario, añade en el informe al conde Firmian en el cual describe la clínica ideal, que se debería hacer cada año la publicación de aquél.[34] Por último, la disección, en caso de deceso, debe permitir una última confirmación.[35] De este modo se comparan la palabra

[32] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux*, p. 30.

[33] J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (trad. fr., 1777), p. 95.

[34] Tissot, "Mémoire pour la construction d'un hôpital clinique" en *Essai sur les études médicales*.

[35] Cf. Tissot, *Ibid.*, y M.-A. Petit "Éloge de Desault", citado más arriba.

sabia y sintética que designa, y el lenguaje escuchado de la naturaleza, en una crónica de las comprobaciones que forman una sintaxis mixta, especie de lenguaje neutro, de lenguaje árbitro. Pero el siglo XVIII, precisamente, no había llegado a dar un estatuto a este lenguaje, a encontrarle una gramática coherente. No era todavía un lenguaje científico, sino sólo un lenguaje de *juego;* la verdad no encontraba en él su formulación de origen; arriesgaba, según la fortuna o la habilidad, encontrarse o perderse en él.

En el siglo XVIII, la clínica es, por lo tanto, una figura mucho más compleja que un puro y simple conocimiento de los casos y, no obstante, no ha adquirido valor en el movimiento mismo del conocimiento científico; forma una estructura maquinal que se articula en el campo de los hospitales sin tener la misma configuración que éstos; vive el aprendizaje de una práctica que simboliza más que analiza; agrupa toda la experiencia alrededor de los prestigios de un descubrimiento verbal que no es su simple forma de trasmisión, sino el núcleo que la constituye. La clínica del siglo XVIII es en esencia apofántica.

Ahora bien, en algunos años, los últimos del siglo, la clínica va a reestructurarse bruscamente: desprendida del contexto teórico en el cual había nacido, va a recibir un campo de aplicación ya no limitado a éste en el cual se *dice* un *saber,* sino coextensivo con aquel en el cual nace, se prueba y se realiza: formará un cuerpo con el *todo* de la experiencia médica. Todavía es menester que para esto haya sido armada con nuevos poderes, desligada del lenguaje a partir del cual se le profería como lección, liberada por un movimiento de descubrimiento.

5

LA LECCIÓN DE LOS HOSPITALES

En el artículo "Abus du Dictionnaire de Médecine" Vicq d'Azyr concede a la organización de una enseñanza en el medio de los hospitales, valor de solución universal para los problemas de la formación médica; en eso está la reforma, la mayor para él, que es menester realizar: "Las enfermedades y la muerte ofrecen grandes lecciones en los hospitales. ¿Se saca provecho de ellas? ¿Se escribe la historia de los males que allí afectan a tantas víctimas? ¿Se enseña el arte de observar y de tratar las enfermedades? ¿Se han establecido cátedras de medicina clínica?"[1] Ahora bien, en poco tiempo, esta reforma de la pedagogía va a tener una significación infinitamente más amplia; se le reconocerá la facultad de reorganizar todo el conocimiento médico y de instaurar en el saber de la enfermedad misma, formas de experiencia desconocidas u olvidadas, pero más fundamentales y más decisivas; la clínica y sólo la clínica podrá "renovar entre los modernos los templos de Apolo y de Esculapio".[2] Manera de enseñar y de *decir* convertida en manera de aprender y de *ver*.

A fines del siglo XVIII, como a principios del Renacimiento, la pedagogía recibió un valor positivo de iluminación: formar era un medio de sacar a la luz, por consiguiente de descubrir. La infancia, la juventud de las cosas y de los hombres estaban cargadas de

[1] Vicq d'Azyr, *Oeuvres* (París, 1805), t. V, p. 64.

[2] Demangeon, *Du moyen de perfectionner la médecine*, p. 29.

un poder ambiguo: decir la verdad de los nacimientos, y desde el nacimiento; pero también poner a prueba la verdad tardía de los hombres, rectificarla, conciliarla con su desnudez, en una composición más primitiva, y como más verdadera, de la verdad. El niño se convierte en el dueño inmediato del adulto en la medida en que la verdadera formación se identifica con la génesis misma de lo verdadero. Incansablemente, en cada niño, las cosas repiten su juventud, el mundo vuelve a tomar contacto con su forma natal: no es jamás adulto para quien lo mira por primera vez. Cuando se ha desprendido de sus parentescos envejecidos, el ojo puede abrirse al nivel de las cosas y de las edades; y de todos los sentidos y de todos los saberes, tiene la posibilidad de ser el más inhábil, repitiendo ágilmente su lejana ignorancia. El oído tiene sus preferencias, la mano sus huellas y sus pliegues; el ojo, que tiene parentesco con la luz, no soporta sino su presencia. Lo que permite al hombre conciliarse con la infancia y alcanzar el nacimiento permanente de la verdad, es esta ingenuidad clara, distinta, abierta de la mirada. De ahí las dos grandes experiencias míticas en las cuales la filosofía del siglo XVIII quiso fundar su comienzo: el espectador extranjero en un país desconocido, y el ciego de nacimiento al que se da la luz. Pero Pestalozzi y los *Bildungsromane* se inscriben también en el gran tema de la Mirada-Infancia. El discurso del mundo pasa por los ojos abiertos, y abiertos a cada instante como por primera vez.

Apenas llegada la reacción termidoriana, el pesimismo de Cabani y de Cantin parece confirmado: el "bandidaje" previsto[3] se instala por todas partes.

[3] Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée* (París, 1790), p. 13.

Desde el comienzo de la guerra, pero sobre todo desde la leva en masa del otoño del 93, muchos médicos partieron para el ejército, voluntarios, o llamados; los empíricos tienen completa libertad de acción.[4] Una petición dirigida el 26 de mayo año II a la Convención y redactada por un cierto Caron de la sección Poissonière, denunciaba, incluso entre los médicos formados por la Facultad, a vulgares "charlatanes" contra los cuales el pueblo quería estar defendido.[5] Pero muy pronto, este temor cambia de signo, y el peligro se percibe del lado de los charlatanes que no son médicos: "El público es víctima de una multitud de individuos poco instruidos que, por su autoridad, se erigen en maestros del arte, los cuales distribuyen remedios al azar, y comprometen la existencia de muchos millares de ciudadanos".[6] Los desastres de esta medicina en estado salvaje son tales en un departamento como el del Eure que el Directorio, alarmado, lo sometió a la Asamblea de los Quinientos[7] y, en dos sesiones, el 13 Mesidor año IV y el 24 Nivoso año VI, el gobierno pide al poder legislativo que limite esta peligrosa libertad: "¡Oh ciudadanos representantes, la patria hace oír sus gritos maternos y el Directorio ejecutivo es su órgano! Por supuesto que hay prisa sobre una materia semejante: el retraso de un día es quizá una sentencia de muerte para muchos ciudadanos".[8] Los médicos improvisados, o los empíricos blasonados, son tanto más temibles de modo que la hospitalización de los enfermos pobres se hace cada vez más difícil. La nacionaliza-

[4] Lioult, *Les charlatans dévoilés* (París, año VIII), prólogo no paginado.

[5] A. N. 17, A 1146, d. 4 citado por A. Soboul, *Les Sans-Culottes parisiens en l'an II* (París, 1958), p. 494, n. 127.

[6] Mensaje del Directorio al Consejo de los Quinientos del 24 Nivoso año VI citado por Baraillon en su Informe del 6 Germinal año VI.

[7] 22 Brumario y 4 Frimario año V.

[8] Mensaje del 24 Nivoso año VI.

ción de los bienes de los hospitales ha llegado a veces hasta la confiscación del dinero líquido, y muchos ecónomos (en Toulouse, en Dijon) han sido obligados a rechazar pura y simplemente a los pensionados que no podían mantener. Los heridos, o enfermos militares, ocupan numerosos establecimientos: y las municipalidades se felicitan por ello, no teniendo ya entonces que encontrar recursos para sus hospitales: en Poitiers, el 15 de julio de 1793, se despide a los doscientos enfermos del Hôtel-Dieu para dejar lugar a los heridos militares por los cuales el ejército paga pensión.[9] Esta deshospitalización de la enfermedad, que los hechos imponen en una convergencia espontánea con los grandes sueños revolucionarios, lejos de devolver las esencias patológicas a una verdad de naturaleza que por eso mismo las reduciría, multiplica sus estragos y deja a la población sin protección ni socorro.

Sin duda numerosos oficiales de salud liberados del ejército, vienen a instalarse como médicos en la ciudad, o en el campo, a fines del período termidoriano, o en el comienzo del Directorio. Pero esta nueva implantación médica no es de cualidad homogénea.

Muchos oficiales de salud no tienen sino una formación y una experiencia muy insuficientes. El año II, el Comité de la Salud Pública había pedido al Comité de Instrucción Pública que preparara un proyecto de Decreto definiendo la manera de "formar sin dilación oficiales de salud para las necesidades de los ejércitos de la República";[10] pero la urgencia había sido demasiado grande, se habían aceptado todos los voluntarios, se había formado sobre la marcha el personal indispensable, y fuera de los oficiales de salud de primera clase, que debían atestiguar una forma-

[9] P. Rambaud, *L'Assistance publique à Poitiers jusqu'à l'an V*, t. II, p. 200.

[10] Guillaume, *Procès-verbaux du Comité d'Instruction publique de la Convention*, t. IV, pp. 878-879.

ción anterior, todos los demás no conocían de la medicina sino lo que aprendían poco a poco, gracias a una experiencia apresuradamente transmitida. Ya en el ejército, se les habían podido reprochar muchos errores.[11] Ejerciendo entre la población civil, y sin control jerárquico, tales médicos cometían estragos mucho peores: se cita a ese oficial de salud en la Creuse que mató a sus enfermos al purgarlos con arsénico.[12] Por todas partes se piden instancias de control y una nueva legislación: "De cuántos ignorantes inundaría usted a Francia, si autorizara a los médicos, cirujanos y farmacéuticos de segunda y tercera clase... a practicar sus profesiones respectivas sin un nuevo examen... Sobre todo, en esta sociedad homicida es donde se encuentran siempre los charlatanes más acreditados, los más peligrosos, los que la ley debe vigilar más particularmente".[13]

Contra este estado de cosas, nacen espontáneamente organismos de protección. Los unos, muy precarios, son de origen popular. Si algunas secciones parisinas, las más moderadas, permanecen fieles al axioma de la Montaña: "Más indigentes, más hospitales", y continúan pidiendo la distribución de ayudas individuales en provecho de enfermos que serán atendidos a domicilio,[14] otras, entre los más pobres, se ven obligados, ante la escasez de subsistencias y la dificultad para recibir cuidados, a reclamar la creación de hospitales en los cuales se reciban los enfermos indigentes, se alimenten y se traten; se desea volver al principio de los hospicios para los pobres;[15] se crearon

[11] Baraillon, *Rapport au Conseil des Cinq-Cents*, 6 Germinal año VI, p. 6, a propósito del escándalo de las amputaciones.

[12] *Ibid.*

[13] Opinión de Porcher en el Conseil des Anciens, sesión del 16 Vendimiario año VI, pp. 14-15.

[14] Para la sección de los Lombardos, véase Soboul, *loc. cit.*, p. 495.

[15] Apelación de la sección del Hombre Armado, de los Inválidos y Lepeletier a la Convención (*Ibid.*).

efectivamente casas, fuera evidentemente de toda iniciativa gubernamental, y con fondos reunidos por las sociedades y asambleas populares.[16] Después de Termidor por el contrario, es de arriba desde donde parte el movimiento. Las clases ilustradas, los círculos intelectuales, volviendo al poder o accediendo al fin a él, desean regresar al saber los privilegios que son susceptibles de proteger a la vez el orden social y las existencias individuales. En muchas grandes ciudades, las administraciones "aterradas por los males de los cuales eran testigos" y "afligidas por el silencio de la ley", no esperaban las decisiones del poder legislativo: deciden establecer por sí mismas un control sobre los que pretenden ejercer la medicina; crean comisiones formadas por médicos del antiguo Régimen, que deben juzgar los títulos, el saber y la experiencia de los recién llagados.[17] Hay más: algunas Facultades abolidas, continúan funcionando en una semiclandestinidad: los antiguos profesores reúnen a los que quieren instruirse y se hacen acompañar por ellos en sus visitas; si están encargados de un servicio en el hospital, es allí, en el lecho de los enfermos donde darán su enseñanza, y donde podrán juzgar la aptitud de sus alumnos. Ocurre incluso que como conclusión de estos estudios puramente privados, a la vez para confirmarlos y señalar mejor las distancias, se entrega una especie de diploma oficioso, que atestigua que el estudiante se ha convertido en un verdadero médico. Esto se produce en algunas provincias particularmente moderadas, en Caen o en Douai.

Montpellier ofrece un ejemplo, bastante raro sin duda, de encuentro entre estas diversas formas de

[16] Hospicio para las mujeres encinta establecido por la Sección del Contrato Social.

[17] E. Pastoret, *Rapport fai au nom de la Commission d'Instruction publique sur un mode provisoire d'examen pour les officiers de santé* (16 Termidor año V), p. 2.

reacción: se ve aparecer, allí, la necesidad a la vez de formar médicos para el ejército, la utilización de las capacidades médicas consagradas por el antiguo Régimen, la intervención de las Asambleas populares, también la de la administración, y el esbozo espontáneo de una experiencia clínica. Baumes, antiguo profesor de la Universidad, había sido designado a la vez por su experiencia y por sus opiniones republicanas para ejercer en el Hospital Militar de Saint-Eloi. A ese respecto, debía hacer una elección entre los candidatos para las funciones de oficiales de salud; pero como no había ninguna enseñanza organizada, los alumnos de medicina intervinieron en la sociedad popular; ésta, por una petición, obtuvo de la administración del distrito la creación de una enseñanza clínica en el hospital Saint-Eloi, lo que se atribuye a Baumes. El año siguiente, en 1794, Baumes publica el resultado de sus observaciones y de su enseñanza: "Método de Curar las Enfermedades siguiendo lo que ellas parecen en el curso del año medicinal".[18]

Este ejemplo que es, sin duda, privilegiado, no es menos significativo. Por una convergencia espontánea de presiones y de exigencias que provenían de clases sociales, de estructuras institucionales, de problemas técnicos, o científicos, muy diferentes los unos de los otros, por una especie de ortogénesis, está por formarse una experiencia. Aparentemente ésta no hace sino volver a sacar a la luz, como único camino posible de salvación, la tradición clínica que el siglo XVIII había elaborado. De hecho, se trata ya de otra cosa. En este movimiento autónomo y la casi clandestinidad que lo ha provocado y lo protege, esta vuelta a la clínica es de hecho la primera organización de un campo médico a la vez mixto y fundamental: mixto,

[18] A. Cirbal, *Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier* (Montpellier, 1858), pp. 7-11.

porque la experiencia de los hospitales y su práctica cotidiana reúne la forma general de una pedagogía, pero fundamental también porque a diferencia de la clínica del siglo XVIII, no se trata del encuentro, después, de una experiencia ya formada y de una ignorancia por informar; se trata, en ausencia de toda estructura anterior, de un dominio en el cual la verdad se enseña por sí misma y de la misma manera a la mirada del observador experimentado y a la del aprendiz todavía ingenuo; para el uno y para el otro, no hay sino un solo lenguaje: el hospital, en el cual la serie de los enfermos examinados, es para ella misma una escuela. La doble abolición de las viejas estructuras de los hospitales y de la universidad permitía la comunicación inmediata de la enseñanza con el campo concreto de la experiencia; pero más aún, borraba el lenguaje dogmático como momento esencial en la trasmisión de la verdad; el silenciamiento de la palabra universitaria, la supresión de la *cátedra*, ha permitido que se anude por debajo del viejo lenguaje y a la sombra de una práctica un poco ciega, atropellada por las circunstancias, un lenguaje sin palabras y de sintaxis absolutamente nueva: que no ha tomado su verdad a la palabra, sino sólo a la mirada. En este recurrir apresurado a la clínica, nacía otra clínica, de configuración enteramente nueva.

No hay por qué asombrarse si bruscamente, al final de la Convención, el tema de una medicina íntegramente organizada alrededor de la clínica, desborda aquel, dominante hasta 1793, de una medicina restituida a la libertad. No se trata, a decir verdad, ni de una reacción (aunque las consecuencias sociales hayan sido generalmente "reaccionarias"), ni de un progreso (aunque la medicina como práctica y como ciencia, haya sacado de ello más de una ventaja); se trata de la restructuración, en un contexto histórico preciso del tema de la "medicina en libertad": en un dominio liberado, la necesidad de lo ver-

dadero que se impone a la mirada va a definir las estructuras institucionales y científicas que le son propias. No es sólo por oportunismo político, sino también sin duda por una oscura fidelidad a coherencias que ninguna sinuosidad en los acontecimientos puede doblegar, por lo cual el mismo Fourcroy, en el año II, se pronunciaba contra todo proyecto de reconstruir "las góticas universidades y las aristocráticas academias",[19] y en el año III deseaba que la supresión provisoria de las Facultades permitiera "su reforma y su mejoramiento";[20] no era menester que "el empirismo homicida y la ambiciosa ignorancia tiendan por todas partes trampas al dolor crédulo":[21] de lo que hasta entonces se había carecido, "la práctica misma del arte, la observación de los enfermos en el lecho", debía convertirse en la parte esencial de la nueva medicina.

Termidor y el Directorio tomaron la clínica como tema decisivo de la reorganización institucional de la medicina: era para ellos un medio de poner fin a la peligrosa experiencia de una libertad total, una manera de darle, no obstante, un sentido positivo, un camino también para restaurar, de acuerdo con el deseo de algunos, algunas estructuras del Antiguo Régimen.

1. LAS MEDIDAS DEL 14 FRIMARIO AÑO III

A Fourcroy se le había encargado presentar a la Convención un informe sobre el establecimiento de una Escuela de Salud en París. Las justificaciones que

[19] Fourcroy, *Rapport et projet de décret sur l'enseignement libre des sciences et des arts* (año II), p. 2.

[20] Fourcroy, *Rapport à la Convention au nom des Comités de Salut public et d'Instruction publique*, 7 Frimario año III, p. 3.

[21] *Ibid.*, p. 3.

aporta merecen señalarse, tanto más que serán tomadas casi en su totalidad, en los considerandos del decreto efectivamente votado, aunque éste se aparte más de una vez de la letra y del espíritu del proyecto. Se trata ante todo de crear, sobre el modelo de la Escuela Central de trabajos públicos, una Escuela única en toda Francia, donde se formarán los oficiales de salud necesarios para los hospitales y sobre todo para los hospitales militares: ¿no acaban de ser muertos en el ejército 600 médicos en menos de 18 meses? Fuera de esta razón de urgencia y de la necesidad de poner fin a los desastres de los charlatanes, es menester plantear un cierto número de objeciones capitales contra esta medida que puede restaurar las antiguas corporaciones y sus privilegios: la medicina, es una ciencia práctica cuya verdad y cuyos logros interesan a toda la nación; creando una escuela, no se favorece a un puñado de individuos, se permite que, por medio de intermediarios calificados, el pueblo pueda sentir los beneficios de la verdad: "Es vivificar —dice el informador no sin dificultad de estilo y de pensamiento— muchos canales que hacen circular la actividad industriosa de las ciencias y de las artes en todas las ramificaciones del cuerpo social."[22] Ahora bien, lo que garantiza a la medicina entendida de este modo, como saber útil para todos los cuidadanos, es su relación inmediata con la naturaleza: en vez de ser como la antigua Facultad, la sede de un saber esotérico y libresco, la nueva escuela será el "Templo de la naturaleza"; no se aprenderá en ella lo que creían saber los maestros de otro tiempo, sino esta forma de verdad abierta a todos, que manifiesta el ejercicio cotidiano: "la práctica, la manipulación se unirán a los preceptos teóricos. Los alumnos se ejercitarán en los experimentos químicos, en las disecciones anató-

[22] Fourcroy, *Rapport à la Convention au nom des Comités de Salut public et d'Instruction publique*, 7 Frimario año III, p. 6.

micas, en las operaciones quirúrgicas, en los aparatos. Poco leer, mucho ver, y mucho hacer", ejercer para la práctica misma y ésta en el lecho de los enfermos: he aquí lo que enseñará, en vez de las vanas fisiologías, el verdadero "arte de curar".[23]

La clínica figura por lo tanto como una estructura esencial para la coherencia científica, pero también para la utilidad social y para la pureza política de la nueva organización médica. Ésta es su verdad en la libertad garantizada. Fourcroy propone que en tres hospitales (el Hospice de L'Humanité, el de L'Unité, y el Hôpital de l'École), la enseñanza clínica se asegurara con profesores suficientemente remunerados para que pudieran consagrarse enteramente a ella.[24] El público será ampliamente admitido en la nueva escuela de salud: se espera también que todos los que ejercen, sin formación suficiente, vengan espontáneamente a completar su experiencia. De todos modos se escogerán en cada distrito, alumnos que tengan "una buena conducta, costumbres puras, amor por la República, y odio por los tiranos, una cultura bastante cuidada y sobre todo, el conocimiento de algunas ciencias que sirven como preliminares al arte de curar", y se les enviará a la Escuela Central de Medicina para que se conviertan después de tres años en oficiales de salud.[25]

Para la provincia, Fourcroy no había previsto sino escuelas especiales. Los diputados del Mediodía se oponen a ello y exigen que Montpellier tenga también su Escuela Central. Por último, Ehrman lo pide para Estrasburgo, de tal modo que el decreto del 14 Frimario año III, señala la creación de tres escuelas de medicina. Se había previsto tres años de enseñanza. En París, la "clase de los principiantes", estudia en el primer semestre anatomía, fisiología, química

[23] *Ibid.*, p. 9.
[24] *Ibid.*, p. 10.
[25] *Ibid.*, pp. 12-13.

médica; en el segundo, la materia médica, botánica, física: durante todo el curso del año los alumnos deberán frecuentar los hospitales "para tomar allí la costumbre de ver a los enfermos, y de la manera general de curarlos".[26] En la "clase de los iniciados", se estudia primeramente anatomía, fisiología, química, farmacia, medicina operatoria, luego la materia médica, la patología interna y externa; en el curso de este segundo año, los estudiantes podrán, en los hospitales, "ser empleados al servicio de los enfermos". Por último, en el curso del tercer año, se vuelve a los cursos precedentes, y, aprovechando la experiencia del hospital ya adquirida, se comienza en las clínicas propiamente dichas. Los alumnos se reparten en tres hospitales donde permanecerán cuatro meses y luego cambiarán. La clínica comprende dos partes: "en el lecho de cada enfermo, el profesor se detendrá el tiempo necesario para interrogarlo debidamente, para examinarlo convenientemente. Hará observar a los alumnos los signos diagnósticos y los síntomas importantes de la enfermedad"; luego, en el anfiteatro, el profesor continuará la historia general de las enfermedades observadas en las salas del hospital: señalará las causas "conocidas, probables y ocultas", enunciará el pronóstico, y dará las indicaciones "vitales", "curativas" o "paliativas".[27]

Lo que caracteriza esta reforma es que la reorganización de la medicina alrededor de la clínica es correlativa de una enseñanza teórica ampliada. En el momento en el cual se define una experiencia práctica hecha a partir del enfermo mismo, se insiste en la necesidad de vincular el saber particular a una totalidad enciclopédica. Los dos primeros principios por los cuales la nueva Escuela de París comenta los decretos del 14 Frimario, postulan que ésta "hará co-

[26] *Plan général de l'enseignement dans l'École de Santé de Paris* (París, año III), p. 11.

[27] *Ibid.*, p. 39.

nocer la economía animal desde la estructura elemental del cuerpo inanimado, hasta los fenómenos más complejos del organismo y de la vida"; y se esforzará por mostrar en qué relaciones se encuentran los cuerpos vivos con todos aquellos de los cuales se compone la naturaleza.[28] Por otra parte, esta ampliación pondrá a la medicina en contacto con toda una serie de problemas y de imperativos prácticos: poniendo al día la solidaridad del ser humano con las condiciones materiales de existencia, mostrará cómo "se puede conservar durante mucho tiempo una existencia tan libre de males como está permitido esperar a los hombres"; y manifestará "el punto de contacto por el cual el arte de curar entra en el orden civil".[29] La medicina clínica no es por consiguiente una medicina replegada sobre el primer grado del empirismo y que trata de reducir todos sus conocimientos, toda su pedagogía, por un escepticismo metódico, a la comprobación única de lo visible. La medicina en este primer tiempo, no se define como clínica, sin definirse además como saber enciclopédico de la naturaleza y conocimiento del hombre en sociedad.

2. REFORMAS Y DISCUSIONES DURANTE LOS AÑOS V Y VI

Las medidas tomadas el 14 Frimario estaban lejos de resolver todos los problemas planteados. Al abrir las Escuelas de Salud al público, se esperaba atraer a ellas a los oficiales de salud formados de modo insuficiente y hacer desaparecer por efecto de la libre competencia a los empíricos y a tantos médicos improvisados. No ocurrió nada de eso: el número demasiado escaso de escuelas, la ausencia de exámenes salvo para los alumnos becados, impidieron que se constituyera un cuerpo de médicos calificados: en cuatro sesiones, el 13 Mesidor año IV, el 22 Bruma-

[28] *Ibid.*, p. 1.
[29] *Ibid.*, pp. 1-2.

rio, el 4 Frimario año V, y el 24 Nivoso año VI, el Directorio se vio obligado a recordar a las Asambleas los estragos debidos al libre ejercicio de la medicina, a la mala formación de los prácticos, y a la ausencia de una legislación eficaz. Era menester, por lo tanto, a la vez encontrar un sistema de control respecto de los métodos instalados desde la Revolución, y ampliar el reclutamiento, el rigor y la influencia de las nuevas escuelas.

Por una parte la enseñanza dada por las escuelas se prestaba en sí misma a la crítica. El programa, en su amplitud extrema, era presuntuoso, tanto más cuanto que los estudios no duraban como bajo el Antiguo Régimen sino tres años: "Por exigir demasiado, no se llega a nada".[30] Entre los diferentes cursos, no había casi unidad: así en la Escuela de París, se aprendía por una parte una medicina clínica de los síntomas y de los signos, mientras que Doublet, en patología interna, enseñaba la medicina de las especies más tradicional (las causas más generales, además "los fenómenos generales, la naturaleza y el carácter de cada clase de enfermedades y de estas principales divisiones"; repetía "el mismo examen sobre los géneros y las especies").[31] En cuanto a la clínica, no tenía sin duda el valor formador que se esperaba de ella: demasiados estudiantes, demasiados enfermos también: "Se circula rápidamente por una sala, se dicen dos palabras al terminar semejante carrera, se sale en seguida con precipitación, y a eso se llama la enseñanza de la clínica interna. En los grandes hospitales, se ven en general muchos enfermos, pero muy pocas enfermedades".[32]

[30] Baraillon, *Rapports au Conseil des Cinq-Cents*, 6 Germinal año VI p. 2.

[31] *Plan général de l'enseignement dans l'École de Santé de Paris* (año III) p. 31.

[32] Opinión de J.-Fr. Baraillon, Sesión de la Asamblea de los Quinientos, 17 Germinal año VI, p. 4.

Por último, llevando todas estas quejas, haciéndose los incansables agentes de su difusión, con el fin de exigir con más fuerza la reconstrucción de una profesión médica definida por las competencias y protegida por las leyes, las sociedades médicas que habían desaparecido, con la Universidad, en agosto de 1792, volvieron a constituirse poco después de la ley del 14 Frimario. Primeramente la *Sociedad de Salud*, fundada el 2 Germinal año IV, con Desgenettes, Lafisse, Bertrand, Pelletier y Leveillé; en sus comienzos quiere ser solamente como un órgano liberal y neutro de información: comunicación rápida de las observaciones y de las experiencias, saber ampliado a todos los que se ocupen del arte de curar, es decir, una especie de gran clínica a escala nacional, donde no se tratará sino de observar y de practicar: "La medicina —dice el primer prospecto de la sociedad— está fundada en preceptos a los cuales sólo la experiencia puede servir de base. Para recogerlos, es menester el concurso de los observadores. También languidecían muchas ramas de la medicina desde la destrucción de las compañías sabias. Pero van a crecer y a florecer de nuevo a la sombra de un gobierno constituido, que no puede dejar de ver con satisfacción cómo se forman sociedades libres de observadores prácticos."[33] En este espíritu, la sociedad, convencida de "que el aislamiento de las personas... es enteramente perjudicial para los intereses de la humanidad"[34] publica una *Recueil Périodique* bien pronto duplicada por otra consagrada a la literatura médica extranjera. Pero muy pronto, este cuidado por la información universal manifiesta lo que era sin duda su preocupación verdadera: reagrupar a aquellos médicos cuya competencia había sido validada por estudios ordinarios, luchar para que se definieran de

[33] Prospecto que acompañaba la primera entrega de *Recueil périodique de la Société de Santé de Paris.*

[34] *Recueil Périodique*, I, p. 3.

nuevo límites al libre ejercicio de la medicina: "¡Que no se me permita sustraer a la historia el recuerdo de esos momentos desastrosos en los cuales una mano impía y bárbara rompió en Francia los altares consagrados al culto de la medicina! Han desaparecido esos cuerpos cuya antigua celebridad testimoniaba sus largos triunfos".[35] El movimiento, con esta significación más selectiva que informativa, se extiende a la provincia: se forman sociedades en Lyon, en Bruselas, en Nancy, en Burdeos, en Grenoble. El mismo año, el 5 Mesidor, otra sociedad celebra su sesión inaugural en París, con Alibert, Bichat, Bretonneau, Cabanis, Desgenettes, Dupuytren, Fourcroy, Larrey y Pinel. Mejor que la Sociedad de Salud, ésta representa las opciones de la nueva medicina: es menester cerrar las puertas del templo a los que, sin merecerlo, han entrado en él, aprovechando que "a la primera señal de la Revolución, el santuario de la medicina, como el templo de Jano, se vio abierto a dos batientes y que la multitud no tuvo más que precipitarse en él";[36] pero es menester reformar igualmente el método de enseñanza que se aplica en las escuelas el año III: formación apresurada y compuesta, que no pone al médico en posesión de ningún método seguro de observación y de diagnóstico; se quiere por lo tanto "sustituir la marcha filosófica y razonada del método, por la marcha irregular y atolondrada de la irreflexión.[37] Ante la opinión pública, fuera del Directorio y de las Asambleas, pero no sin su asentimiento por lo menos tácito, y con el apoyo constante de los representantes de la burguesía ilustrada y de los ideólogos próximos al gobierno,[38] estas socie-

[35] *Recueil périodique*, II, p. 234.

[36] *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. I, año V, p. II.

[37] *Ibid.* p. IV.

[38] A partir del mes de marzo de 1798, Cabanis celebra sus sesiones en la Asamblea de los Quinientos, con el título del Instituto.

dades van a conducir una incesante campaña. Y, en este movimiento, la idea clínica va a adquirir una significación muy diferente de aquella que introducen los legisladores del año III.

El artículo 356 de la Constitución del Directorio señalaba que "la ley vigila las profesiones que afectan la salud de los ciudadanos"; en nombre de este artículo que parecía prometer control, límites y garantía, se van a desarrollar todas las polémicas. No es posible entrar en los particulares. Digamos sólo que lo esencial del debate se centraba sobre el punto de saber si era menester reorganizar primeramente la enseñanza, y luego establecer las condiciones de ejercicio de la medicina, o por el contrario depurar en primer lugar el cuerpo médico, definir las normas de la práctica, y fijar luego el curso de los estudios indispensables. Entre las dos tesis, la división política era clara; los menos alejados de la tradición de la Convención, como Daunou, Prieur de la Côte-d'Or, quisieran reintegrar a los oficiales de salud y a todos los francotiradores de la medicina, por medio de una enseñanza ampliamente abierta; los otros, alrededor de Cabanis y Pastoret, quisieran apresurar la reconstitución de un cuerpo médico formado. Al comienzo del Directorio, son los primeros, los más oídos.

El primer plan de reforma había sido redactado por Daunou, uno de los autores de la Constitución del año III, y que, en la Convención, había tenido simpatías girondinas. No quiere modificar en su sustancia los decretos de Frimario, pero quisiera ver establecer además "cursos complementarios de medicina", en los veintitrés hospitales de provincia:[89] en ellos los prácticos podrán perfeccionar sus conocimientos, y será entonces posible que las autoridades locales exijan pruebas de competencia para el ejercicio de la medicina: "No restableceréis las cofradías,

[89] P.-C.-F. Daunou, *Rapport à l'Assemblée des Cinq-Cents sur l'organisations des écoles spéciales* (25 Floreal año V), p. 26.

pero exigiréis pruebas de capacidad; se podrá llegar a ser médico sin haber frecuentado ninguna escuela, pero vosotros pediréis una garantía solemne de los conocimientos de todo candidato; conciliaréis así los derechos de la libertad personal con los de la seguridad pública." [40] Con ello, más claramente aún que antes, la clínica aparece como la solución concreta al problema de la formación de los médicos y de la definición de la competencia médica.

El proyecto Daunou, en su timidez reformadora, y en su fidelidad a los principios del año III, fue unánimemente criticado: "Verdadera organización del homicidio", dice Baraillon.[41] Algunas semanas después, la Comisión de instrucción pública presenta otro informe, de Calès esta vez. Es ya de un espíritu enteramente distinto: para hacer aceptar la reconstitución, implícita en su proyecto, de un cuerpo profesional de médicos, se pronuncia contra la distinción que reserva los médicos para las ciudades, siendo los cirujanos "todo lo que hace falta para el campo", y viéndose confiar los niños a los boticarios.[42] Es menester que, en las cinco escuelas que se establezcan en París, Montpellier, Nancy, Bruselas y Angers, sean los cursos comunes a los médicos, a los cirujanos y a los boticarios. Los estudios serán sancionados por seis exámenes, a los cuales se presentarán los alumnos cuando bien les parezca (bastarán tres de ellos para ser cirujano) por último, en cada departamento, un jurado de salubridad, nombrado entre los médicos y los farmacéuticos, "será consultado sobre todos los objetos relativos al arte de curar y a la salubridad pública".[43] Bajo pretexto de una enseñanza más ra-

[40] *Ibid.*

[41] Baraillon, *Rapport au conseil des Anciens,* 6 Germinal año VI, p. 2.

[42] *Rapport de J.-M. Calès sur les Écoles spéciales de Santé* (12 Pradial año V), p. 11.

[43] *Ibid.,* artículos 43-46.

cional, dada por Facultades más numerosas y distribuida de manera uniforme para todos los que se ocupan de la salud pública, el proyecto Calès tiene como fin esencial el restablecimiento de un cuerpo de médicos calificados, por un sistema de estudios y exámenes normalizados.

A su vez, el proyecto Calès, apoyado por médicos como Baraillon y Vitet, es violentamente atacado, desde el exterior, por la escuela de Montpellier que se declara satisfecha con las medidas tomadas por la Convención, y en la Asamblea misma por todos los que permanecen fieles al espíritu del año III. Las cosas van para largo. Aprovechando el paro de la contrarrevolución por el 18 Fructidor, Prieur de la Côte d'Or, antiguo miembro del Comité de Salud Pública, obtiene la remisión del proyecto Calès ante la Comisión de Instrucción Pública. Le reprocha el lugar insignificante que se da en él a la clínica, y la vuelta a la pedagogía de las antiguas facultades: ahora bien, "no basta que el alumno escuche y lea, es preciso además que vea, que toque, y sobre todo que se ejercite en el hacer y adquiera su hábito".[44] Por esta argumentación, Prieur tomaba una doble ventaja táctica: validaba así, al nivel científico la experiencia adquirida por los que más o menos se habían improvisado médicos desde 1792; por otra parte, al subrayar él mismo hasta qué punto esta enseñanza clínica es costosa, sugiere no mantener una Escuela sino en París, en vez de multiplicar el número de ellas y de sacrificar su calidad. Es volver simplemente a lo que era el proyecto de Fourcroy en su primera formulación.

Pero entretanto, y la víspera misma del golpe que iba, denunciando en él a uno de los jefes del complot realista, a obligarlo al exilio, Pastoret había hecho

[44] *Motion d'ordre de C. A. Prieur relative au projet sur les Écoles de Santé* (Sesión de los Quinientos del 12 Brumario año V), p. 4.

admitir por los Quinientos, un decreto que concernía al ejercicio de la medicina. Junto a las tres Escuelas de Salud, un jurado compuesto de dos médicos, de dos cirujanos y de un farmacéutico queda encargado de controlar a todos los que quisieran ejercer en su jurisdicción; además "todos los que ejercen actualmente el arte de curar sin haber sido legalmente recibidos en las formas prescritas por las leyes antiguas deberán presentarse en el término de tres meses".[45] Toda la implantación médica desde los últimos cinco años está sometida por lo tanto a revisión, y ésta por jurados formados en la antigua escuela; los médicos van a poder de nuevo controlar su propio reclutamiento; se vuelven a constituir como cuerpo capaz de definir los criterios de su competencia.

El principio es aceptado, pero el pequeño número de las Escuelas de Salud hace difícil su aplicación; al pedir que aun se las reduzca, Prieur piensa que haría imposible la aplicación del Decreto Pastoret. De todos modos, esto queda como letra muerta, y cuatro meses habían transcurrido, apenas, desde que había sido votado, cuando el Directorio se vio de nuevo obligado a atraer la atención de los legisladores sobre los peligros que hacía correr a los ciudadanos un médico no controlado: "Que una ley positiva sujete a largos estudios, al examen de un jurado severo al que pretende una de las profesiones del arte de curar; que la ciencia y la costumbre sean honradas, pero que la impericia y la imprudencia sean contenidas; que penas públicas asusten a la avaricia y repriman los crímenes que tienen algún parecido con el asesinato." [46] El Ventoso año IV, Vitet reanuda ante los Quinientos las grandes líneas del proyecto Calès: cinco escuelas de medicina; en cada departamento un

[45] *Rapport fait par Postoret sur un mode provisoire d'examen pour les officiers de Santé* (16 Termidor año V), p. 5.

[46] Mensaje del Directorio a la Asamblea de los Quinientos (24 Nivoso año IV).

Consejo de Salud que se ocupe de las epidemias "y de los medios de conservar la salud de los habitantes y que participe en la elección de los profesores; una serie de cuatro exámenes que tengan lugar en fecha fija". La única innovación real es la creación de una prueba de clínica: "El candidato médico expondrá al pie del lecho del enfermo el carácter de la especie de enfermedad y su tratamiento." Así se encuentran reunidos, por primera vez, en un cuadro institucional único, los criterios del saber teórico y los de una práctica que no puede estar ligada sino a la experiencia y a la costumbre. El proyecto de Vitet no permite la integración, o la asimilación progresiva en la medicina oficial de este ejercicio de francotiradores practicado desde 1792; pero reconoce teóricamente, en el ciclo de los estudios normales, el valor de una práctica adquirida en los hospitales. No es la medicina empírica lo que se reconoce, sino el valor de la experiencia como tal en la medicina.

El Plan Calès había parecido demasiado riguroso el año V; el de Vitet, apoyado a su vez por Calès y Baraillon, provoca la misma oposición. Parece, con claridad, que ninguna reforma de la enseñanza será posible mientras no haya sido resuelto el problema al cual sirve ésta de pantalla: el del ejercicio de la medicina. Habiendo sido rechazado el proyecto de Calès, Baraillon propone a los Quinientos una resolución que traduce con claridad lo que había sido su sentido implícito: nadie podrá ejercer el arte de curar si no tiene un título sea de las nuevas Escuelas, sea de las antiguas Facultades.[47] Porcher, en el Consejo de los Ancianos, sostiene la misma tesis.[48] Tal es el atolladero político y conceptual en el cual se en-

[47] Baraillon, *Rapport à l'Assemblée des Cinq-Cents sur la partie de la police qui tient à la médecine* (6 Germinal año VI).

[48] Porcher, *Opinion sur le mode provisoire d'examen pour les Officiers de Santé* (Asamblea de los Ancianos) (16 Vendimiario año VI).

cuentra colocado el problema; por lo menos todas esas discusiones han permitido sacar a la luz lo que era realmente la cuestión: no el número o el programa de las Escuelas de Salud, sino el sentido mismo de la profesión médica y el carácter privilegiado de la experiencia que la define.

3. LA INTERVENCIÓN DE CABANIS Y LA REORGANIZACIÓN DEL AÑO XI

En el orden cronológico, Cabanis expuso su informe sobre la policía médica entre el proyecto de Barailon y la discusión de Vendimiario a los Ancianos, el 4 Mesidor año IV. De hecho, este texto es ya de otra época; marca el momento en el cual la ideología va a tomar una parte activa y a menudo determinante en la restructuración política y social. En esta medida, el texto de Cabanis, sobre la policía médica, está más próximo por su espíritu, a las reformas del Consulado que a las polémicas que le son contemporáneas. Si trata de definir las condiciones de una solución práctica, trata sobre todo de dar, en sus líneas generales, una teoría de la profesión médica.

En lo inmediato y en el nivel de la práctica, Cabanis ataca dos problemas: el de los oficiales de salud, y el de los exámenes.

A los oficiales jefes, se les puede admitir el ejercicio sin nuevas formalidades, los demás, en cambio, deberán pasar un examen especialmente dedicado a ellos; se limitará "a los conocimientos fundamentales del arte, y particularmente a lo que respecta a su práctica". En cuanto a los estudios médicos ordinarios, deberán ser sancionados por un examen que suponga una prueba escrita, otra oral, y "ejercicios de anatomía, de medicina operatoria y de medicina clínica, tanto interna como externa". Una vez postulados los criterios de competencia, se podrá separar a aquellos a los cuales se confiará sin peligro la vida

de los ciudadanos; la medicina, entonces, se convertirá en una profesión cerrada: "Toda persona que ejerza la medicina sin tener los exámenes de las escuelas, o sin haber pasado ante los jurados especiales será condenada a una multa y a la prisión en caso de reincidencia." [49]

Lo esencial del texto toca a lo que es, en su naturaleza, la profesión médica. El problema era asignarle un dominio cerrado y reservado a ella, sin volver a encontrar las estructuras corporativas del Antiguo Régimen, ni volver a caer en las formas de control estático, que podían recordar el período de la Convención.

Cabanis distingue en la industria, tomada en el sentido amplio del término, dos categorías de objetos, los unos son de una naturaleza tal que los mismos consumidores son jueces de su utilidad: es decir que la conciencia pública basta para determinar su valor; éste, fijado por la opinión, es exterior al objeto: no tiene secreto, error ni mistificación posibles, ya que reside en un consenso. La idea de fijar un valor por decreto no tiene más sentido que querer imponer una verdad desde el exterior; el verdadero valor no puede ser sino el valor libre: "En un Estado social bien reglamentado, la libertad de industria no debe encontrar ningún obstáculo; debe ser íntegra, ilimitada; y como el desarrollo de una industria no puede ser útil para el que la cultiva sino en la medida en que lo es para el público, se sigue que el interés general aquí está, en verdad, confundido con el interés particular".

Pero hay industrias tales que su objeto y su valor no dependen de una estimación colectiva: ya sea que estos objetos estén entre los que sirven para fijar el valor comercial de otros (así como los metales preciosos), ya sea que se trate del individuo humano a

[49] Cabanis, *Rapport du conseil des cinq-cents sur un mode provisoire de police médicale* (4 Mesidor año VI), pp. 12-18.

propósito del cual todo error es funesto. Así, el valor de un objeto de industria no puede fijarse por el consenso, mientras éste sea un criterio comercial o mientras toque, en su existencia, a un miembro del consenso. En estos dos casos, el objeto de la industria tiene un valor intrínseco que no es inmediatamente visible: está sujeto a error y a fraude; es menester por consiguiente juzgarlo. Pero ¿cómo dar al público competente un instrumento de medida que implicaría, precisamente la competencia? Es menester que se delegue en el Estado un control, no sobre cada uno de los objetos producidos (lo que sería contrario a los principios de la libertad económica), sino sobre el productor mismo: es menester comprobar su capacidad, su valor moral, y de vez en cuando "el valor real y la calidad de los objetos que suministra".

Es menester por lo tanto vigilar a los médicos como a los orfebres, es decir, a estos hombres de industria secundaria que no producen riqueza, pero que tratan lo que mide o produce la riqueza: "He aquí por qué, sobre todo los médicos, los cirujanos, los farmacéuticos, deben ser bien examinados del mismo modo sobre su saber que sobre sus capacidades, y las costumbres morales... Eso no es poner obstáculos a la industria, no es en absoluto atentar contra la libertad del individuo." [80]

La proposición de Cabanis no fue aceptada; indicaba no obstante en sus líneas fundamentales, la solución que iba a ser adoptada, dictando a la medicina este estatuto de profesión liberal y protegida que ha conservado hasta el siglo xx. La ley del 19 Ventoso año XI sobre el ejercicio de la medicina, está de acuerdo con los temas de Cabanis, y, de un modo más general, con los de los ideólogos. Prevé una jerarquía de dos niveles en el cuerpo médico: los doctores en medicina y en cirugía, recibidos en una de

[80] *Ibid.*, pp. 6-7.

las seis escuelas y los oficiales de salud, que institucionalizan con título definitivo a aquellos que Cabanis quería reintegrar con título provisional. Los doctores pasarán, después de cuatro exámenes (anatomía y fisiología; patología y nosografía; materia médica; higiene y medicina legal), una prueba de clínica interna, o externa según si desean ser médicos o cirujanos. Los oficiales de salud, que administrarán "los cuidados más comunes", no estudiarán sino durante tres años en las Escuelas; incluso no es indispensable; les bastará atestiguar cinco años de práctica en los hospitales civiles y militares, o seis años como alumno y ayudante privado de un doctor. Serán examinados por un jurado de departamento. Toda persona, fuera de estas dos categorías, que se inmiscuya a ejercer la medicina incurrirá en las penas que van de la multa a la prisión.

Todo este movimiento de ideas, de proyectos y de medidas que va del año VI al año XI, tiene significaciones decisivas.

1. Para definir el carácter cerrado de la profesión médica, se llega a no tomar el viejo modelo corporativo, y a evitar por otra parte el control sobre los actos médicos mismos, lo que repugna al liberalismo económico. El principio de la elección y su control, son establecidos sobre la noción de competencia, es decir, sobre un conjunto de virtualidades que caracterizan a la persona misma del médico; saber, experiencia y también esta "probidad reconocida" de la cual habla Cabanis.[51] El acto médico valdrá lo que vale el que lo ha realizado; su valor intrínseco es función de la cualidad, socialmente reconocida, del productor. Así, en el interior de un liberalismo económico inspirado de modo manifiesto en Adam Smith, se define una profesión a la vez "liberal" y formada.

2. En este mundo de las aptitudes, se ha introdu-

[51] Cabanis, *Ibid.*

cido, no obstante, una diferencia de niveles: por una parte "los doctores", y por otra los "oficiales de salud". La vieja diferencia entre médicos y cirujanos, entre lo interno y lo externo, lo que se sabe y lo que se ve, se encuentra cubierta y relegada a lo secundario por esta nueva distinción. No se trata de una diferencia en el objeto, o en la manera en la que ésta se manifiesta, sino una distinción de niveles en la experiencia del sujeto que conoce. Sin duda, entre médicos y cirujanos, había ya una jerarquía que estaba señalada en las instituciones: pero derivaba de una diferencia primera en el dominio objetivo de su actividad; ahora está desplazada hacia el índice cualitativo de esta actividad.

3. Esta distinción tiene un correlato objetivo: los oficiales de salud tendrán que atender "al pueblo industrioso y activo".[52] Se admitía en el siglo XVIII que las gentes del pueblo, y sobre todo del campo, al llevar una vida más simple, más moral y más sana eran afectadas sobre todo por enfermedades externas que correspondían al cirujano. A partir del año XI la distinción se hace sobre todo social: para atender al pueblo, a menudo afectado "por accidentes primitivos", y por "simples indisposiciones", no es necesario ser "sabio y profundo en la teoría"; el oficial de salud, con su experiencia será suficiente. "La historia del arte como la de los hombres prueba que la naturaleza de las cosas, como el orden de las sociedades civilizadas, exige imperiosamente esta distinción." [53] De acuerdo con el orden ideal del liberalismo económico, la pirámide de las cualidades corresponde a la superposición de las capas sociales.

4. Entre los que practican el arte de curar ¿sobre qué se funda la distinción? Lo esencial de la forma-

[52] Citado según la referencia de J.-C.-F. Caron, *Réflexions sur l'exercice de la médecine* (París, año XII).

[53] Fourcroy, *Discours prononcé au corps Législatif le 19 Ventôse an XI*, p. 3.

ción de un oficial de salud, son los años de *práctica*, cuyo número puede llegar hasta 6; el médico completa la enseñanza teórica que ha recibido con una experiencia clínica. Esta diferencia entre práctica y clínica es lo que constituye sin duda la parte más nueva de la legislación del año XI. La práctica, exigida al oficial de salud, es un *empirismo controlado*: saber hacer, después de haber visto; la experiencia se integra al nivel de la percepción, de la memoria y de la repetición, es decir, al nivel del ejemplo. En la clínica, se trata de una estructura mucho más fina y compleja en la cual la integración de la experiencia se hace en una mirada que es al mismo tiempo saber, es decir, que es dueña de su verdad, y libre de todo ejemplo, incluso si ha sabido por un momento aprovechar de él. Se *abrirá* la práctica a los oficiales de salud, pero se *reservará* a los médicos la iniciación a la clínica.

Esta nueva definición de la clínica estaba vinculada a una reorganización del dominio de los hospitales.

Termidor y el Directorio, en sus inicios, vuelven a los principios liberales de la Legislativa; Delecloy, el 11 Termidor año III, se remite al decreto de nacionalización de los bienes de los hospitales, que deja los auxilios únicamente a cargo del Estado, mientras que sería menester ponerlos "bajo la salvaguardia de la conmiseración general y bajo la tutela de personas acomodadas".[54] De Pluvioso a Germinal año IV, el gobierno envía a las administraciones locales una serie de circulares que reanudan, en lo esencial, las críticas morales y económicas dirigidas, apenas antes de la Revolución o del comienzo de ésta, contra el principio de la hospitalización (costo elevado de una enfermedad tratada en el hospital, hábito de pereza que

[54] Citado por Imbert, *Le droit hospitalier sous la Révolution et l'Empire*, p. 93, n. 94

se adquiere por ell,a apuro financiero, miseria moral de una familia privada del padre, o la madre); se desea que se multipliquen los auxilios a domicilio.[55] No obstante, no es ya el tiempo en el cual se creía que éstos eran universalmente válidos y en el cual se soñaba con una sociedad sin hospicios, ni hospitales: la miseria es demasiado general, había más de 60 000 indigentes en París el año II[56] y su número no hace sino aumentar; se temen demasiado los movimientos populares; se desconfía demasiado del uso político que podría hacerse de los auxilios distribuidos, para dejar descansar sobre ellos todo el sistema de la asistencia. Es preciso encontrar, para el mantenimiento de los hospitales como para los privilegios de la medicina, una estructura compatible con los principios del liberalismo y la necesidad de la protección social, entendida de una manera ambigua como la protección de la pobreza por la riqueza, y la protección de los ricos contra los pobres.

Una de las últimas medidas de la Convención termidoriana había sido suspender, el 2 Brumario año IV, la ejecución de la ley de nacionalización de los bienes de los hospitales. Sobre un nuevo informe de Delecloy, el 12 Vendimiario año IV, la ley de 23 Mesidor año II es definitivamente derogada: los bienes vendidos deberán ser remplazados por bienes nacionales, y con ello el gobierno se encuentra descargado de toda obligación: los hospitales vuelven a encontrar la personalidad civil; su organización y sus gestiones son confiadas a las administraciones municipales que deberán designar una comisión ejecutiva de 5 miembros. Esta comunalización de los hospitales liberaba al Estado del deber de asistencia, y dejaba a las colectividades reducidas el cargo de sentirse solidarias de los pobres: cada comuna se hacía responsa-

[55] *Ibid.*, p. 104, n. 3.

[56] Cf. Soboul, *Les Sans-Culottes parisiens en l'an II* (París, 1958).

ble de su miseria y de la manera en la cual se protegía de ella. Entre los pobres y los ricos, el sistema de obligación y de compensación no pasaba ya por la ley del Estado, sino por una especie de contrato variable en el espacio, revocable en el tiempo que, situado al nivel de las municipalidades, era más bien del orden del libre consentimiento.

Un contrato del mismo tipo, más oculto y más extraño, se anuda silenciosamente hacia la misma época entre el hospital donde se cura a los pobres y la clínica donde se forman los médicos. En esto de nuevo, el pensamiento de estos últimos años de la Revolución vuelve a tomar, a veces palabra por palabra, lo que había sido formulado en el período que la precedía inmediatamente. El problema moral más importante que la idea clínica había suscitado era éste: ¿con qué derecho se podía transformar en objeto de observación clínica, un enfermo al cual la pobreza había obligado a solicitar asistencia al hospital? Había requerido una ayuda de la cual él era el sujeto absoluto en la medida en que ésta había sido concedida para él; y ahora se le requiere para una mirada, de la cual él es el objeto y el objeto relativo, ya que lo que se descifra en él está destinado a conocer mejor a los otros. Hay más, la clínica, al observar, investiga; y esta parte que ella da a la novedad, la abre sobre el riesgo: un médico en lo privado, observa Aikin,[57] debe cuidar su reputación; su camino será siempre, si no el de la certidumbre, el de la seguridad. "En el hospital está al abrigo de semejante traba y su genio puede ejercerse de una manera nueva". ¿No es alterar hasta su esencia la ayuda del hospital plantear este principio?, "los enfermos del hospital son bajo muchos aspectos, los sujetos más adecuados para un curso experimental".[58]

[57] J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (trad. fr., París, 1777), p. 104.
[58] *Ibid.*, p. 103.

No hay en ello, entendiendo bien el equilibrio de las cosas, ninguna injuria a los derechos naturales del sufrimiento, ni a aquellos que la sociedad debe a la miseria. El dominio de los hospitales es ambiguo: teóricamente libre, y abierto a la indiferencia de la experimentación por el carácter no de contrato que vincula al médico con su enfermo, está erizado de obligaciones y de límites morales en virtud del contrato sordo —pero apremiante— que vincula al hombre en general con la miseria en su forma universal. Si en el hospital el médico no hace, libre de todo respeto, experiencias teóricas, es que hace, desde que entra en él, una experiencia moral decisiva que circunscribe su práctica ilimitada por un sistema cerrado del deber. "Penetrando en los asilos donde languidecen la miseria y la enfermedad reunidas, sentirá estas emociones dolorosas, esta conmiseración activa, este deseo ardiente de llevar el alivio y la consolación, este placer íntimo que nace del triunfo y que el espectáculo de la felicidad extendida aumenta. Es allí donde aprenderá a ser religioso, humano, compasivo." [59]

Pero mirar para saber, mostrar para enseñar, ¿no es violencia muda, tanto más abusiva cuando calla, sobre un cuerpo de sufrimiento que pide ser calmado, no manifestado? ¿Puede el dolor ser espectáculo? Puede serlo, e incluso debe serlo en virtud de un derecho sutil, y que reside en que nadie es el único y el pobre menos que los demás, que no puede recibir asistencia sino por la mediación del rico. Ya que la enfermedad no tiene la fortuna de encontrar la curación más que si los demás intervienen con su saber, con sus recursos, con su piedad, ya que no hay enfermo curado sino en sociedad, es justo que el mal de los unos sea transformado en experiencia para los otros; y que el dolor reciba así el poder de manifes-

[59] Menuret, *Essai sur les moyens de former de bons médecins* (París, 1791), pp. 56-57.

tar: "El hombre que sufre no deja de ser ciudadano... la historia de los sufrimientos a los cuales está reducido es necesaria para sus semejantes porque ésta las enseña cuáles son los males que los amenazan." Al rehusar ofrecerse como objeto de instrucción, el enfermo "sería ingrato, porque gozaría de las ventajas que resultan de la sociabilidad sin pagar el tributo del reconocimiento".[60] Y por estructura de reciprocidad, se dibuja para el rico la utilidad de venir en ayuda de los pobres hospitalizados: al pagar para que se los atienda, pagará, incluso de hecho, para que se conozcan mejor las enfermedades por las cuales él mismo puede ser afectado; lo que es benevolencia respecto del pobre se transforma en conocimiento aplicable al rico: "Los dones benéficos van a calmar los males del pobre de lo cual resultan las luces para la conservación del rico. Si, ricos bienhechores, hombres generosos, este enfermo que se acuesta en el lecho que vosotros le habéis preparado experimenta en el presente la enfermedad por la cual no tardaréis en ser atacados vosotros mismos; se curará o perecerá; pero en uno u otro acontecimiento, su suerte puede iluminar a vuestro médico y salvaros la vida."[61]

He aquí por tanto los términos del contrato que realizan riqueza y pobreza en la organización de la experiencia clínica. El hospital encuentra en ella, en un régimen de libertad económica, la posibilidad de interesar al rico; la clínica constituye la inversión progresiva de la otra parte contratante; es, por parte del pobre, el *interés* pagado por la capitalización del hospital consentida por el rico; interés que es menester comprender en su pesada indemnización, ya que se trata de una compensación del orden del *interés objetivo* para la ciencia y del *interés vital* para

[60] Chambon de Montaux, *Moyen de rendre les hôpitaux plus utiles à la nation* (París, 1787), pp. 171-172.

[61] Du Laurens, *Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner la médecine* (París, 1787), p. 12.

el rico. El hospital se hace rentable para la iniciativa privada a partir del momento en el cual el sufrimiento que viene a buscar alivio es transformado en espectáculo. Ayudar acaba por pagar, gracias a las virtudes de la mirada clínica.

Estos temas, tan característicos del pensamiento prerrevolucionario y formulados entonces muchas veces, vuelven a encontrar su sentido en el liberalismo del Directorio, y reciben en ese momento una inmediata aplicación. Al explicar cómo funciona la clínica de partos de Copenhague, el año VII, Demangeon hace valer, contra todas las objeciones del pudor y de la discreción, que no se reciben en ella sino a "las mujeres no casadas, o que se anuncian como tales. Parece que nada podría estar mejor imaginado, por que es la clase de mujeres cuyos sentimientos de pudor se consideran los menos delicados".[62] Así, esta clase moralmente desarmada, y socialmente tan peligrosa, podrá servir para la mayor utilidad de las familias honorables; la moral encontrará su recompensa en lo que la befa, ya que las mujeres "no estando en condiciones de ejercer la beneficencia... contribuyen por lo menos a formar buenos médicos y recíprocamente sus bienhechores con usura".[63]

La mirada del médico es de un ahorro bien avaro en los cambios contables de un mundo liberal.

[62] J.-B. Demangeon, *Tableau historique d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague* (París, año VII), pp. 34-35.

[63] *Ibid.*, pp. 35-36.

6
SIGNOS Y CASOS

He aquí, fuera de toda medida, la extensión del dominio clínico. "Desentrañar el principio y la causa de una enfermedad a través de la confusión y de la oscuridad de los síntomas; conocer su naturaleza, sus formas, sus complicaciones; distinguir al primer vistazo todos sus caracteres y todas estas diferencias; separar de ella por medio de un análisis rápido y delicado todo lo que le es extraño; prever los acontecimientos ventajosos y nocivos que deben sobrevenir durante el curso de su duración; gobernar los momentos favorables que la naturaleza suscita para operar en ella la solución; estimar las fuerzas de la vida y la agilidad de los órganos; aumentar, o disminuir, de acuerdo con la necesidad, su energía; determinar con precisión cuándo es preciso actuar y cuándo conviene esperar; decidirse con seguridad entre varios métodos de tratamiento, los cuales ofrecen todos ventajas, e inconvenientes; escoger aquel cuya aplicación parece permitir mayor celeridad, más concordancia, más certeza en el éxito; aprovechar la experiencia; percibir las ocasiones; combinar todas las posibilidades; calcular todos los azares; adueñarse de los enfermos y de sus afecciones; aliviar sus penas; calmar sus inquietudes; adivinar sus necesidades; soportar sus caprichos; manejar su carácter y regir su voluntad, no como un tirano cruel que reina sobre esclavos, sino como un padre tierno que vela por el destino de sus hijos."[1]

[1] C.-L. Dumas, *Éloge de Henri Fouquet* (Montpellier, 1807),

Este texto solemne y parlachín muestra su sentido si se le compara con este otro cuyo laconismo, paradójicamente, puede sobreponérsele: "Es menester, tanto como es en sí, hacer a la ciencia ocular".[2] Muchos poderes, desde la lenta aclaración de las oscuridades, la lectura siempre prudente de lo esencial, el cálculo del tiempo y de las posibilidades, hasta el dominio del corazón y la confiscación majestuosa de los prestigios paternos, son otras tantas formas en las cuales se instaura poco a poco la soberanía de la mirada. Ojo que sabe y que decide, ojo que rige.

La clínica es probablemente el primer intento, desde el Renacimiento, de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada. Ha habido sin duda, de Descartes a Monge, y anteriormente entre los pintores y los arquitectos, una reflexión sobre el espacio visible; pero se trataba de fijar una geometría de la visibilidad, es decir, de situar los fenómenos señalando la percepción en el interior de un dominio sin mirada; las formas inteligibles fundaban las formas percibidas en una exposición que las suprimía. La clínica no es una dióptrica del cuerpo; reside en una mirada a la cual no escapa. Supone, sin interrogarla, la visibilidad de la enfermedad, como una estructura común en la cual la mirada y la cosa vista, la una frente a la otra, encuentran su sitio.

En efecto, esta visibilidad supone a la mirada y al objeto vinculados por naturaleza y por origen. En un círculo que no es menester tratar de romper, la mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad, y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción. La alteración del campo es por derecho propio modificación en la mirada y por la mi-

citado por A. Girbal, *Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier* (Montpellier, 1858), p. 18.

[2] M.-A. Petit, *Discours sur la manière d'exercer la bienfaisance dans les hôpitaux* (3 nov. 1797), *Essai sur la médecine du coeur*, p. 103.

rada. No es por consiguiente la concepción de la enfermedad la que ha cambiado primero, y luego la manera de reconocerla; no es tampoco el sistema de señales que ha sido modificado después de la teoría; sino todo el conjunto y más profundamente la relación de la enfermedad con esta mirada a la cual se ofrece y que al mismo tiempo ella constituye. No hay división que hacer entre teoría y experiencia, o métodos y resultados; es menester leer las estructuras profundas de la visibilidad en las cuales el campo y la mirada se vinculan el uno a la otra, por *códigos perceptivos*; las estudiaremos en este capítulo bajo sus dos formas más importantes: la estructura lingüística del signo, y la aleatoria del caso.

En la tradición médica del siglo XVIII, la enfermedad se presenta al observador de acuerdo con *síntomas* y *signos*. Los unos y los otros se distinguen por su valor semántico, así como por su morfología. El síntoma —de ahí su posicion real— es la forma bajo la cual se presenta la enfermedad: de todo lo que es visible, él es el más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad. Tos, fiebre, dolor de costado y dificultad para respirar, no son la pleuresía misma —ésta no se ofrece jamás a los sentidos, "no revelándose sino bajo el racionamiento"— pero forman su "síntoma esencial" ya que permiten designar un estado patológico (por oposición a la salud), una esencia mórbida (diferente, por ejemplo, de la neumonía), y una causa próxima (una difusión de serosidad).[3] Los síntomas dejan *transparentar* la figura invariable, un poco en retirada, visible e invisible, de la enfermedad.

El signo anuncia: pronostica lo que va a ocurrir; anamnesia lo que ha ocurrido; diagnostica lo que se

[3] Cf. Zimmermann, *Traité de l'expérience* (trad. fr., París, 1774), t. I, pp. 197-8.

desarrolla actualmente. De él a la enfermedad reina toda una distancia que no franquea sin subrayarla, ya que se ofrece desviado y por sorpresa a menudo. No da a conocer; a lo más, a partir de él se puede esbozar un reconocimiento. Un reconocimiento que, a tientas, adelanta las dimensiones de lo oculto: el pulso traiciona la fuerza invisible y el ritmo de la circulación; o incluso el signo descubre el tiempo como el azulado de las uñas que anuncia, sin duda, la muerte, o las crisis del cuarto día que, en las fiebres intestinales, prometen la curación. A través de lo invisible el signo indica lo más lejano, lo que está por debajo, lo más tarde. En él, se trata del éxito, de la vida y de la muerte, del tiempo y no de esta verdad inmóvil, de esta verdad dada y oculta que los síntomas devuelven en su transparencia de fenómenos.

Así, el siglo XVIII transcribía la doble realidad, natural y dramática, de la enfermedad; así fundaba la verdad de un conocimiento y la posibilidad de una práctica; estructura feliz y tranquila, en la cual se equilibran el sistema Naturaleza-Enfermedad, con formas visibles que se arraigan en lo invisible, y el sistema Tiempo-Resultado, que se anticipa sobre lo invisible gracias a su sistema visible de señales.

Estos dos sistemas existen para sí mismos; su diferencia es un hecho de naturaleza en el cual se ordena la percepción médica pero que ella no constituye.

La formación del método clínico está vinculada a la emergencia de la mirada del médico en el campo de los signos y de los síntomas. El reconocimiento de sus derechos constituyentes acarrea la desaparición de su distinción absoluta y el postulado de que, en lo sucesivo, el significante (signo y síntoma) será enteramente transparente para el significado que aparece, sin ocultación ni residuo, en su realidad más maquinal, y que el ser del significado —el corazón de la enfermedad— se agotará entero en la sintaxis inteligible del significante.

1. LOS SÍNTOMAS CONSTITUYEN UNA CAPA PRIMARIA INDISOCIABLEMENTE SIGNIFICANTE Y SIGNIFICADO

Más allá de los síntomas, no hay ya esencia patológica: todo en la enfermedad es fenómeno de sí misma; en esta medida, los síntomas desempeñan un papel ingenuo, primero de naturaleza: "Su colección forma lo que se llama la enfermedad".[4] No son sino una verdad dada en total a la mirada; su vínculo y su estatuto no remiten a una esencia, sino que indican una totalidad natural que tiene únicamente sus principios de composición y sus formas más o menos regulares de duración: "Una enfermedad es un todo ya que se le pueden asignar los elementos; tiene un fin ya que se pueden calcular sus resultados; por consiguiente es un todo colocado en los límites de la invasión y de la terminación." [5] El síntoma está así disminuido de su papel de indicador soberano, no siendo sino el fenómeno de una ley de aparición; está a nivel de la naturaleza.

No del todo sin embargo: algo, en lo inmediato del síntoma, significa lo patológico, por lo cual se opone a un fenómeno que señala pura y simplemente la vida orgánica: "Entendemos por fenómeno todo cambio notable del cuerpo sano, o enfermo; de ahí la división en los que pertenecen a la salud y los que designan la enfermedad: estos últimos se confunden fácilmente con los síntomas o apariencias, sensibles, de la enfermedad." [6] Por esta simple oposición a las formas de la salud, el síntoma abandona su pasividad de fenómeno natural y se convierte en significante de la enfermedad, es decir, de sí mismo tomado en su totalidad, ya que la enfermedad no es más que la co-

[4] J.-L.-V. Broussonnet, *Tableau élémentaire de la séméiotique* (Montpellier, año VI), p. 60.

[5] Audibert-Caille, *Mémoire sur l'utilité de l'analogie en médecine* (Montpellier, 1814), p. 42.

[6] J.-L.-V. Broussonnet, *loc. cit.*, p. 59.

lección de síntomas. Ambigüedad singular, ya que en su función significante, el síntoma remite a la vez al vínculo de los fenómenos entre sí, a lo que constituye su totalidad y la forma de su coexistencia, y a la diferencia absoluta que separa la salud de la enfermedad; significa por consiguiente, por una tautología, la totalidad de lo que es, y por su emergencia, la exclusión de lo que no es. De modo indisociable, es, en su existencia de puro fenómeno, la única naturaleza de la enfermedad y la enfermedad constituye su única naturaleza de fenómeno específico. Cuando es significante con relación a sí mismo, es por consiguiente doblemente significado: por sí mismo y por la enfermedad que, al caracterizarlo, lo opone a los fenómenos no patológicos; pero, tomado como significado (por sí mismo, o por la enfermedad), no puede recibir su sentido sino de un acto más antiguo, y que no pertenece a su esfera de un acto que lo totaliza y lo aísla, es decir, de un acto que lo ha transformado en signo por adelantado.

Esta complejidad en la estructura del síntoma vuelve a encontrarse en toda filosofía del signo natural; el pensamiento clínico no hace más que trasponer, al vocabulario más lacónico y a menudo más confuso de la práctica, una configuración conceptual, de la cual Condillac dispone, en toda latitud, la forma discursiva. El síntoma, en el equilibrio general del pensamiento clínico, desempeña casi el papel del lenguaje de acción: está preso como él, en el movimiento general de una naturaleza; y su fuerza de manifestación es también primitiva, tan naturalmente dada como "el instinto" que lleva esta forma inicial del lenguaje;[7] es la enfermedad en el estado manifiesto, como el lenguaje de acción es la impresión misma en la vivacidad que la prolonga, la mantiene y la devuelve en una forma exterior, que es del mis-

[7] Condillac, "Essai sur l'origine des connaissances humaines" (*Oeuvres complètes*, año VI), t. I, p. 262.

mo grano que su verdad interior. Pero conceptualmente es imposible que este lenguaje inmediato tome sentido para la mirada de otro, si no interviene un acto venido de otro lugar: acto a cuyo juego se da Condillac por adelantado confiriendo, a los dos sujetos sin palabra, imaginados en su motricidad inmediata, la conciencia;[8] y cuya naturaleza singular y soberana ha ocultado, al insertarla en los movimientos comunicativos y simultáneos del instinto.[9] Cuando planteaba el lenguaje de acción como el origen de la palabra, Condillac deslizaba en ello, secretamente, despojándola de toda figura concreta (sintaxis, palabras y sonidos incluso), la estructura lingüística inherente a cada uno de los actos de un sujeto parlante. En lo sucesivo le era posible desprender de ello el lenguaje sin más, ya que había comprometido de antemano su posibilidad. Lo mismo ocurre, en la clínica, con las relaciones entre este lenguaje de acción, que es el síntoma, y la estructura explícitamente lingüística del signo.

2. LA SOBERANÍA DE LA CONCIENCIA ES LO QUE TRANSFORMA EL SÍNTOMA EN SIGNO

Signos y síntomas son y dicen lo mismo: aproximadamente lo que el signo *dice*, es lo mismo que *es* precisamente el síntoma. En su realidad material, el signo se identifica con el mismo síntoma; éste es el soporte morfológico indispensable del signo. Por lo tanto "no hay signo sin síntoma".[10] Pero lo que hace que el signo sea signo, no pertenece al síntoma, sino a una actividad que viene de otra parte. Por consiguiente "todo síntoma es signo" en derecho, "pero todo signo no es más que un síntoma",[11] en el sentido de que la totalidad de los síntomas no llegará jamás a agotar la

[8] Condillac, *ibid.*, p. 260.
[9] Condillac, *ibid.*, pp. 262-263.
[10] A.-J. Landré-Beauvais, *Séméiotique* (París, 1813), p. 4.
[11] *Ibid.*

realidad del signo. ¿Cómo se hace esta operación que transforma el síntoma en el elemento significante, y que significa precisamente la enfermedad como verdad inmediata del síntoma?

Por una operación que hace visible la totalidad del campo de la experiencia en cada uno de sus momentos, y disipa todas sus estructuras de opacidad:

operación que totaliza comparando los organismos: tumor, enrojecimiento, calor, dolor, palpitaciones, impresión de tensión, se convierten en signo de flemón porque se compara una mano a la otra, un individuo a otro;[12]

operación que rememora el funcionamiento normal: un aliento frío en un sujeto, es signo de una desaparición del calor animal y, con ello, de un "debilitamiento radical de las fuerzas vitales y de su destrucción próxima";[13]

operación que registra las frecuencias de la simultaneidad, o de la sucesión: "¿Qué relación hay entre la lengua sucia, temblor del labio inferior y la tendencia al vómito? Se ignora, pero la observación ha hecho ver a menudo los dos primeros fenómenos acompañados de este estado y esto basta para que en el futuro, se conviertan en signos";[14]

por último, operación que, más allá de las primeras apariencias, escruta el cuerpo y descubre a la autopsia un invisible visible: así el examen de los cadáveres ha mostrado que, en casos de peripneumonía con espectoración, el dolor bruscamente interrumpido y el pulso que se hace cada vez más insensible son signos de una "hepatización" del pulmón.

El síntoma se convierte por lo tanto en signo bajo

[12] Favart, *Essai sur l'entendement médical* (París, 1822), pp. 8-9.

[13] J. Landré-Beauvais, *loc. cit.*, p. 5.

[14] *Ibid.*, p. 6.

una mirada sensible a la diferencia, a la simultaneidad, o la sucesión, y a la frecuencia. Operación espontáneamente diferencial, consagrada a la totalidad y a la memoria, calculadora también; acto que por consiguiente reúne, en un solo movimiento, el elemento y el vínculo de los elementos entre sí. En que no hay, en el fondo, sino el análisis que Condillac puso en práctica en la percepción médica. Aquí y allá no se trata simplemente de "¿componer y descomponer nuestras ideas para hacer diferentes comparaciones de ellas y para descubrir por este medio las relaciones que ellas tienen entre sí, y las nuevas ideas que pueden producir?" [15] El análisis y la mirada clínica tienen también este rasgo común de no componer y descomponer, sino para sacar a la luz un orden que es el natural mismo: su artificio es no operar más que en el acto que restituye desde lo originario: "Este análisis es el verdadero secreto de los descubrimientos porque nos hace remontar al origen de las cosas".[16] Para la clínica, este origen es el orden natural de los síntomas, la forma de su sucesión o de su determinación recíprocas. Entre signo y síntoma, hay una diferencia decisiva que no adquiere su valor sino sobre el fondo de una identidad esencial: el signo es el síntoma mismo, pero en su verdad de origen. Por último, en el horizonte de la experiencia clínica, se dibuja la posibilidad de una lectura exhaustiva, sin oscuridad ni residuo: para médico cuyos conocimientos fueran llevados "al más alto grado de percepción, todos los síntomas podrían convertirse en signos";[17] todas las manifestaciones patológicas hablarían un lenguaje claro y ordenado. Se estaría por último al mismo nivel que esta forma serena y realizada del conocimiento

[15] Condillac, *Essai sur l'origine des connaissances humaines*, p. 109.

[16] Condillac, *Ibid.*

[17] Demorcy-Delettre, *Essai sur l'analyse appliquée au perfectionnement de la médecine* (Paris, 1810), p. 102.

científico de la cual habla Condillac, y que es "lengua bien hecha".

3. EL SER DE LA ENFERMEDAD ES ENTERAMENTE ENUNCIABLE EN SU VERDAD

"Los signos exteriores tomados del estado del pulso, del calor, de la respiración, de las funciones del entendimiento, de la alteración de los rasgos del rostro, de las afecciones nerviosas, o espasmódicas, de la lesión de los apetitos naturales, forman por sus diversas combinaciones cuadros desligados, más o menos distintos, o fuertemente pronunciados... La enfermedad debe ser considerada como un todo indivisible desde sus inicios hasta su terminación, un conjunto regular de síntomas característicos y una sucesión de períodos."[18] No se trata ya de dar *con qué* reconocer la enfermedad, sino restituir, al nivel de las palabras, una historia que cubre su ser total. A la presencia exhaustiva de la enfermedad en sus síntomas, corresponden la transparencia sin obstáculo del ser patológico para la sintaxis de un lenguaje descriptivo: isomorfismo fundamental de la estructura de la enfermedad y de la forma verbal que la cerca. El acto descriptivo, es, por derecho propio, una percepción del ser, y a la inversa el ser no se deja ver en manifestaciones sintomáticas, por consiguiente esenciales, sin ofrecerse al dominio de un lenguaje que es la palabra misma de las cosas. En la medicina de las especies, la naturaleza de la enfermedad y su descripción no podía corresponder sin un momento intermediario que era, con sus dos dimensiones, el "cuadro"; en la clínica, *ser visto* y *ser hablado* comunican sin tropiezo en la verdad manifiesta de la enfermedad de la cual está allí precisamente todo el *ser*. No hay enfermedad sino en el elemento de lo visible, y por consiguiente de lo enunciable.

[18] Ph. Pinel, *La médecine clinique* (3a. ed., París, 1815), Introd., p. VII.

La clínica pone en juego la relación, fundamental en Condillac, del acto perceptivo y del elemento del lenguaje. La descripción del clínico, como el análisis del filósofo, prefiere lo que está dado por la relación natural entre la operación de conciencia y el signo. Y en esta repetición, se enuncia el orden de los encadenamientos naturales; la sintaxis del lenguaje, lejos de pervertir las necesidades lógicas del tiempo, las devuelve en su articulación más originaria: "Analizar no es otra cosa que observar en un orden sucesivo las cualidades de un objeto con el fin de darle en el espíritu el orden simultáneo en el cual existen... Ahora bien, ¿cuál es este orden? La naturaleza lo indica por sí misma; es aquel en el cual ella ofrece los objetos".[19] El orden de la verdad forma una cosa con el del lenguaje, porque el uno y el otro devuelven en su forma necesaria y enunciable, es decir *discursiva*, el tiempo. La historia de las enfermedades, a la cual daba Sauvages un sentido oscuramente espacial, toma ahora su dimensión cronológica. El *curso* del tiempo ocupa, en la estructura de este nuevo saber, el papel desempeñado en la medicina clasificadora por el espacio plano del cuadro nosológico.

La oposición entre la naturaleza y el tiempo, entre lo que se manifiesta y lo que se enuncia ha desaparecido; desaparecida, también, la división entre la esencia de la enfermedad, sus síntomas y sus signos; desaparecido, por último, el juego de la distancia por los cuales la enfermedad se manifestaba pero como en retirada, por los cuales se traicionaba pero en la lejanía y en la incertidumbre. La enfermedad ha escapado a esta estructura que gira de lo visible que la hace invisible y de lo invisible que la hacer ver, para disiparse en la multiplicidad visible de los síntomas que significan, sin residuo, su sentido. El campo mé-

[19] Condillac, citado por Ph. Pinel, *Nosographie philosophique* (París, año VI), introd., p. XI.

dico no conocerá ya estas especies mudas, dadas y retiradas; se abrirá sobre algo que siempre habla un lenguaje solidario en su existencia y su sentido de la mirada que lo descifra, lenguaje indisociable leído y que lee.

Isomorfa de la ideología, la experiencia clínica le ofrece un dominio inmediato de aplicación. No es que, en el surco supuesto de Condillac, la medicina haya vuelto a un respeto, al fin empírico, de la cosa percibida; sino que en la clínica, como en el análisis, la armazón de lo real está dibujada de acuerdo con el modelo del lenguaje. La mirada del médico y la reflexión del filósofo detentan poderes análogos, porque presuponen ambas una estructura idéntica de objetividad, en la cual la totalidad del ser se agota en manifestaciones que son su significante-significado; donde lo visible y lo manifiesto se unen en una identidad por lo menos virtual; donde lo percibido y lo perceptible pueden ser íntegramente restituidos en un lenguaje cuya forma rigurosa enuncia su origen. Percepción discursiva y meditada del médico, y reflexión discursiva del filósofo, sobre la percepción, vienen a unirse en una figura de exacta superposición, ya que *el mundo es para ellas la analogía del lenguaje.*

La medicina, conocimiento incierto: viejo tema al cual el siglo XVIII era singularmente sensible. Encontraba en él, subrayada incluso por la historia próxima, la oposición tradicional del arte médico al conocimiento de las cosas inertes: "La ciencia del hombre se ocupa de un objeto demasiado complicado, abarca una multitud de hechos demasiado variados, opera sobre elementos demasiado sutiles y demasiado numerosos, para dar siempre a las inmensas combinaciones de las cuales es susceptible, la uniformidad, la evidencia, la certeza que caracterizan las ciencias

físicas y matemáticas."[20] Incertidumbre que era signo de complejidad del lado del objeto, de imperfección del lado de la ciencia; ningún fundamento objetivo era dado al carácter conjetural de la medicina, fuera de la relación de esta extrema exigüidad, a este exceso de riqueza.

De este defecto, el siglo XVIII, en sus últimos años, hace un elemento positivo de conocimiento. En la época de Laplace, sea bajo su influencia, sea en el interior de un movimiento de pensamiento del mismo tipo, la medicina descubre que la incertidumbre puede ser tratada analíticamente, como la suma de un cierto número de grados de certeza aislables y susceptibles de un cálculo riguroso. Así, este concepto confuso y negativo, que tenía su sentido en una oposición tradicional al conocimiento matemático, va a poder transformarse en un concepto positivo, ofrecido a la penetración de una técnica apropiada al cálculo.

Esta transformación conceptual ha sido decisiva: ha abierto a la investigación un dominio en el cual cada vez comprobado, aislado, después comparado a un conjunto, ha podido situarse en toda una serie de acontecimientos, cuya convergencia, o divergencia, eran en principio susceptibles de medición. De cada elemento percibido hacía un *acontecimiento registrado,* y de la evolución incierta en la cual éste se encuentra colocado una *serie aleatoria.* Daba al campo clínico una estructura nueva en la cual el individuo que se investigaba era menos la persona enferma que el hecho patológico indefinidamente reproducible en todos los enfermos aparentemente afectados; en la cual la pluralidad de las comprobaciones no es ya simplemente contradicción o confirmación, sino convergencia progresiva y teóricamente indefinida; en la cual el tiempo por último no es un elemento de imprevi-

[20] C.-L. Dumas, *Discours sur les progrès futurs de la science de l'homme* (Montpellier, año XII), pp. 27-28.

sibilidad que puede disfrazar y que es menester dominar por un saber anticipador, sino una dimensión por integrar, ya que aporta en su propio curso los elementos de la serie, como tantos otros grados de certeza. Con la importación del pensamiento probabilístico, la medicina renovaba enteramente los *valores perceptivos* de su dominio: el espacio, en el cual debía ejercerse la atención del médico, se convertía en un espacio limitado, constituido por acontecimientos aislables cuya forma de solidaridad era del orden de la serie. La dialéctica simple de la especie patológica y del individuo enfermo, de un espacio cerrado y de un tiempo incierto, es, en principio, desatada. La medicina no deja ver lo verdadero esencial bajo la individualidad sensible; está ante la tarea de percibir, y, al infinito, los acontecimientos de un dominio abierto. Esto es la clínica.

Pero este esquema no fue en esta época ni radicalizado, ni reflexionado, ni establecido incluso de un modo absolutamente coherente. Más que una estructura de conjunto, se trata de temas estructurales que se yuxtaponen sin haber encontrado su fundamento. Mientras que para la configuración precedente (signo-lenguaje), la coherencia era real, aunque a menudo a medias luces, aquí, la probabilidad se invoca sin cesar, como forma de explicación o de justificación, pero el grado de coherencia que alcanza es débil. La razón no está sin duda en la teoría matemática de las probabilidades, sino en las condiciones que podían hacerla aplicable: el censo de los hechos fisiológicos o patológicos, como el de una población o de una serie de acontecimientos astronómicos, no era técnicamente posible en una época en la cual el campo hospitalario permanecía, aun en este punto, al margen de la experiencia médica, de la cual parecía a menudo como la caricatura, o el espejo deformante. Un dominio conceptual de la probabilidad en medicina implicaba la validación de un dominio

hospitalario que, a su vez, no podía ser reconocido como espacio de experiencia, sino por un pensamiento ya probabilitario. De ahí el carácter imperfecto, precario y parcial del cálculo de las certezas, y el hecho de que se haya buscado un fundamento confuso, opuesto a su sentido tecnológico intrínseco. Así trataba de justificar Cabanis los instrumentos, todavía en formación de la clínica en ayuda de un concepto cuyo nivel técnico y teórico pertenecía a una sedimentación mucho más antigua. No había dejado de lado el viejo concepto de incertidumbre sino para activar de nuevo éste, casi mejor adaptado, de la imprecisa y libre profusión de la naturaleza. Ésta "no trae nada en su exacta precisión: parece haber querido reservarse una cierta latitud, con el fin de dejar a los movimientos que imprime esta libertad regular que no les permite jamás salir del orden, pero que los hace más variados y les da más gracia".[21] Pero la parte importante, decisiva del texto, está en la nota que lo acompaña: "Esta latitud corresponde exactamente a aquella que el arte puede darse en la práctica, o más bien forma su medida." La imprecisión que Cabanis presta a los movimientos de la naturaleza no es sino un vacío dejado para que vengan a colocarse y a fundarse allí la armazón técnica de una percepción de los *casos*. He aquí sus principales momentos.

1. *La complejidad de combinación.* La nosografía del siglo XVIII implicaba una configuración tal de la experiencia que, por enredados y complicados que sean los fenómenos en su presentación concreta, señalaban, en un plazo mayor o menor, esencias cuya generalidad creciente garantizaba una complejidad decreciente: la clase era más simple que la especie, que lo

[21] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine* (3a. ed., París, 1819), p. 125.

era siempre más que la enfermedad presente, con todos sus fenómenos y cada una de sus modificaciones en un individuo dado. A fines del siglo XVIII, y en una definición de la experiencia del mismo tipo que la de Condillac, la simplicidad no se encuentra en la generalidad esencial, sino en el nivel primero de lo dado, en el pequeño número de los elementos indefinidamente repetidos. No es la clase de las fiebres la que, gracias a la débil comprensión de su concepto, es principio de inteligibilidad; es el pequeño número de elementos indispensables para constituir una fiebre; todos los casos concretos en los cuales ésta se presenta. La variedad combinatoria de las formas simples constituye la diversidad empírica: "A cada caso nuevo, se creería que son hechos nuevos; pero no son sino otras combinaciones, no son sino otros matices: en el estado patológico, no hay jamás sino un pequeño número de hechos principales, todos los demás resultan de la mezcla de éstos y de sus diferentes grados de intensidad. El orden en el cual aparecen su importancia, sus relaciones diversas, bastan para dar nacimiento a todas las variedades de enfermedades".[22] Por consiguiente, la complejidad de los casos individuales no es ya para tomarse en cuenta en estas incontrolables modificaciones que perturban las verdades esenciales, y obligan a no descifrarlas sino en un acto de reconocimiento que descuida y abstrae; puede ser aprehendida y reconocida en sí misma, en una fidelidad sin residuo a todo lo que ella presenta, si se la analiza de acuerdo con los principios de una combinación; es decir si se define el conjunto de elementos que la componen, y la forma de esta composición. Conocer será por tanto devolver el movimiento por el cual la naturaleza asocia. Y en este sentido el conocimiento de la vida y la vida misma obedecen a las mismas leyes de génesis, mientras que,

[22] Cabanis, *ibid.*, pp. 86-87.

en el pensamiento clasificador, esta coincidencia no podía existir sino una sola vez y en el entendimiento divino; el progreso del conocimiento tiene ahora el mismo origen y se encuentra preso en el mismo devenir empírico que la progresión de la vida: "La naturaleza ha querido que la fuente de nuestros conocimientos fuera la misma que la de la vida; es menester recibir impresiones para vivir; es menester recibir impresiones para conocer";[23] y la ley de desarrollo aquí y allá, es la ley de combinación de estos elementos.

2. *El principio de la analogía.* El estudio combinatorio de los elementos saca a la luz formas análogas de coexistencia o de sucesión que permiten identificar síntomas y enfermedades. La medicina de las especies y de las clases, lo acostumbraba igualmente en el descriptamiento de los fenómenos patológicos: se reconocía el parecido de los trastornos de un caso a otro, como de una planta a otra el aspecto de sus órganos de reproducción. Pero estas analogías no se apoyaban jamás sino sobre datos morfológicos inertes: se trataba de formas percibidas cuyas líneas generales eran susceptibles de superposición, de un "estado inactivo y constante de los cuerpos, estado extraño a la naturaleza actual de la función".[24] Las analogías sobre las cuales se apoya la mirada clínica para reconocer, en diferentes enfermos, signos y síntomas, son de otro orden; "consisten en las relaciones que existen primeramente entre las partes constituyentes de una única enfermedad y después entre una enfermedad conocida y una enfermedad por conocer".[25] Así comprendida, la analogía no es ya un parecido de parentesco más o menos próximo y que se borra a

[23] *Ibid.*, pp. 76-77.
[24] Audibert-Caille, *Mémoire sur l'utilité de l'analogie en médecine* (Montpellier, 1814), p. 13.
[25] *Ibid.*, p. 30.

medida que se aleja de la identidad esencial; es un isomorfismo de relaciones entre elementos: lleva a un sistema de relaciones y de acciones recíprocas, a un funcionamiento, o a una disfunción. Así, la dificultad para respirar es un fenómeno que se encuentra en una morfología bastante semejante en la tisis, el asma, las enfermedades del corazón, la pleuresía y el escorbuto; pero atenerse a tal parecido sería ilusorio y peligroso; la analogía fecunda y que designa la identidad de un síntoma es una relación mantenida con otras funciones, u otros trastornos: la debilidad muscular (que se encuentra en la hidropesía), la lividez de la tez (parecida a la de las obstrucciones), las manchas sobre el cuerpo (como en la viruela) y la inflamación de las encías (idéntica a la provocada por la acumulación de sarro), forman una constelación en la cual la coexistencia de los elementos designa una interacción funcional propia del escorbuto.[26] La *analogía* de estas relaciones permitirá *identificar* una enfermedad en una serie de enfermos.

Pero hay más: en el interior de una misma enfermedad y en un solo enfermo, el principio de analogía puede permitir cercar en su conjunto la singularidad de la enfermedad. Los médicos del siglo XVIII habían usado y abusado, después del concepto de simpatía, de la noción de "complicación", que permitía siempre encontrar una esencia patológica ya que se podía sustraer a la sintomática manifiesta lo que, en contradicción con la verdad esencial, era designado como interferencia. Así una fiebre gástrica (fiebre, cefalalgia, sed, sensibilidad en el epigastrio) permanecía de acuerdo con su esencia cuando iba acompañada de postración, deyecciones involuntarias, pulso flojo e intermitente, molestias en la deglución: entonces está "complicada" con una fiebre adinámica.[27]

[26] C.-A. Brulley, *De l'art de conjecturer en médecine* (París, 1801), pp. 85-87.

[27] Ph. Pinel, *Médecine clinique*, p. 78.

Un empleo riguroso de la analogía debía permitir evitar otro arbitrio en las divisiones y en las agrupaciones. De un síntoma a otro, en un mismo conjunto patológico, se puede encontrar una cierta analogía en sus relaciones con "las causas externas, o internas que las producen".[28] Por ejemplo para peripneumonía biliosa, que muchos nosógrafos consideraban una enfermedad complicada: si se percibe la homología de relación que existe entre la "gastricidad" (acarreando síntomas digestivos y dolores epigástricos), y la irritación de los órganos pulmonares que llama la inflamación y todos los trastornos respiratorios, sectores sintomatológicos diferentes y que parecen señalar esencias mórbidas distintas, permiten dar, no obstante, a la enfermedad su identidad: la de una *figura compleja* en la coherencia de una unidad, y no de una *realidad mixta* hecha de esencias cruzadas.

3. *La percepción de las frecuencias.* El conocimiento médico no tendrá certeza sino en proporción del número de casos sobre los cuales haya llevado su examen: esta certeza "será total si se extrae de una masa de probabilidad suficiente"; pero si no es absolutamente "la deducción rigurosa" de casos muy numerosos, el saber "permanece en el orden de las conjeturas y de las similitudes; no es sino la expresión simple de las observaciones particulares".[29] La certeza médica no se constituye a partir *de la individualidad completamente observada,* sino *de una multiplicidad enteramente recorrida de hechos individuales.*

Por su multiplicidad, la serie se hace portadora de un índice de convergencia. La hemoptisis estaba colocada por Sauvages en la clase de las hemorragias, y la tisis en la de las fiebres: repartición conforme a

[28] Audibert-Caille, *loc. cit.,* p. 31.

[29] C.-L. Dumas, *Discours sur les progrès futurs de la science de l'homme* (Montpellier, año XII), p. 28.

la estructura de los fenómenos, y que ninguna conjunción sintomática podía poner en duda. Pero si el conjunto tisis-hemoptisis (a pesar de las disociaciones según los casos, las circunstancias, los momentos), alcanza en la serie total una cierta densidad cuantitativa, su dependencia se convertirá, más allá de todo encuentro, o de toda laguna, fuera incluso del aspecto aparente de los fenómenos, en relación esencial. "En el estudio de los fenómenos más frecuentes, en la meditación del orden de sus relaciones y de su sucesión regular, se encuentran las bases de las leyes generales de la naturaleza." [30]

Las variaciones individuales se borran espontáneamente por integración. En la medicina de las especies, este borrarse de las modificaciones singulares, no estaba asegurado sino por una operación positiva: para acceder a la pureza de la esencia, era menester poseerla y obliterar con ella misma el contenido demasiado rico de la experiencia; era menester, por una elección primitiva, "distinguir lo que es constante de lo que se encuentra en ella de variable, y lo esencial de lo que no es sino puramente accidental".[31] Las variaciones, en la experiencia clínica, no se desechan, se reparten por sí mismas; se anulan en la configuración general, porque se integran en el dominio de la probabilidad; jamás caen fuera de límites, por "inesperados", por "extraordinarias" que sean; lo anormal es de nuevo una forma de regularidad: "el estudio de los monstruos o de las monstruosidades de la especie humana nos da una idea de los recursos fecundos de la naturaleza y de los desvíos a los cuales puede entregarse".[32]

Es menester entonces abandonar la idea de un espectador ideal y trascendente a cuyo genio, o pacien-

[30] F.-J. Double, *Séméiologie générale* (Paris, 1811), t. I, p. 33.

[31] Zimmermann, *Traité de l'experience*, t. I, p. 146.

[32] F.-J. Double, *Séméiologie générale*, t. I, p. 33.

cia, los observadores reales podrían, más o menos, aproximarse. El único observador normativo, es la totalidad de los observadores: sus errores de perspectivas individuales se reparten en un conjunto que tiene sus poderes propios de indicación. Sus divergencias, incluso, dejan aparecer en este núcleo en el cual, a pesar de todo, se cortan de nuevo, el perfil de irrefutables identidades: "Muchos observadores no ven jamás el mismo hecho de manera idéntica, a menos que la naturaleza se lo haya ofrecido realmente de la misma manera."

En la sombra, y bajo un vocabulario aproximado, circulan las nociones, en las cuales se puede reconocer el cálculo de error, el desvío, los límites, el valor de la media. Todas indican que la visibilidad del campo médico toma una estructura estadística y que la medicina será como campo perceptivo, no ya un jardín de especies, sino un dominio de acontecimientos. Pero nada está aún formalizado. Y curiosamente, en el esfuerzo por pensar un cálculo de probabilidades médicas es donde el fracaso se va a dibujar, y las razones del fracaso van a aparecer.

Fracaso que no atañe, en su principio, a una ignorancia, o a un uso demasiado superficial del instrumento matemático,[33] sino a la organización del campo.

4. *El cálculo de los grados de certeza.* "Si algún día se descubre, en el cálculo de probabilidades, un método que pueda adaptarse convenientemente a los objetos complicados, a las ideas abstractas, a los elementos variables de la medicina y de la fisiología, se producirá en seguida en ella el más alto grado de cer-

[33] Brulley, por ejemplo, conocía bien los textos de Bernoulli, de Condorcet, S'Gravesandy, *Essai sur l'art de conjecturer en médecine* (París, año X), pp. 33-57.

teza al cual pueden llegar las ciencias." [34] Se trata de un cálculo que desde el comienzo, valga en el interior del dominio de las ideas, siendo a la vez principio de su análisis en elementos constituyentes, y método de inducción a partir de las frecuencias; se da de una manera ambigua, como descomposición lógica y aritmética de la aproximación. Es que, en efecto, la medicina de fines del siglo XVIII nunca supo si se dirigía a una serie de hechos, cuyas leyes de aparición y de convergencia debían estar determinadas por el estudio único de las repeticiones, o si se dirigía a un conjunto de signos, de síntomas y de manifestaciones cuya coherencia debía buscarse en una estructura natural. Dudó sin cesar entre una *patología de los fenómenos* y una *patología de los casos*. Por eso el cálculo de los grados de probabilidad ha sido tan pronto confundido con el análisis de los elementos sintomáticos: de una manera bien extraña, es el signo como elemento de una constelación el que se encuentra afectado, por una especie de derecho de naturaleza, con un coeficiente de probabilidad. Ahora bien, lo que le daba su valor de signo no era una aritmética de los casos, era su vínculo con un conjunto de fenómenos. Bajo una apariencia matemática, se juzgaba la estabilidad de una figura. El término, "grado de certeza", deducido entre los matemáticos designaba, por una aritmética gastada, el carácter más o menos necesario de una implicación.

Un simple ejemplo permitirá aprehender en lo vivo esta confusión fundamental. Brulley recuerda el principio formulado en el *Ars conjectandi* de Jacques Bernoully, de que toda certeza puede ser "considerada como un todo divisible en tantas posibilidades como se quiera".[35] Así la certeza de la preñez, en una mujer, puede dividirse en ocho grados: la des-

[34] C.-L. Dumas, *loc. cit.*, p. 29.
[35] C.-A. Brulley, *loc. cit.*, pp. 26-27.

aparición de las reglas; las náuseas y el vómito el primer mes; en el segundo, el aumento del volumen de la matriz; aumento más considerable aún el tercer mes; aparición luego de la matriz por encima de los huesos del pubis; el sexto grado, es en el quinto mes, el relieve de toda la región hipogástrica; el séptimo es el movimiento espontáneo del feto, que golpea la superficie interna de la matriz; por último el octavo grado de certeza está constituido en el comienzo del último mes, por los movimientos de balanceo y de desplazamiento.[36] Cada uno de los signos lleva por consiguiente en sí mismo una octava certeza: la sucesión de las cuatro primeras constituye una semicerteza "que forma la duda propiamente dicha, y puede imaginarse como una especie de equilibrio"; más allá comienza la verosimilitud.[37] Esta aritmética de la implicación vale para las indicaciones curativas como para los signos diagnósticos. Un enfermo que había consultado a Brulley quería hacerse operar de cálculo; en favor de la intervención, dos "probabilidades favorables: el buen estado de la vejiga, el pequeño volumen del cálculo; pero contra ellas, cuatro probabilidades desfavorables, "el enfermo es sexagenario; es del sexo masculino; tiene un temperamento bilioso; está afectado por una enfermedad de piel". Ahora bien, el sujeto no ha querido entender esta aritmética simple; no ha sobrevivido a la operación.

Se quiere ponderar, por aritmética de los casos, una dependencia de estructura lógica; pero entre el fenómeno y lo que éste significa, el vínculo no es el mismo que entre el acontecimiento y la serie de la cual forma parte. Esta confusión no es posible sino por las virtudes ambiguas de la noción de análisis, a la cual los médicos se remiten a cada instante: "Sin

[36] *Ibid.*, pp. 27-30.
[37] *Ibid.*, pp. 31-32.

el análisis, ese hilo emblemático de Dédalo, no podríamos a menudo, a través de caminos tortuosos, abordar el asilo de la verdad." [38] Ahora bien, este análisis es definido según el modelo *epistemológico* de las matemáticas y según la *estructura instrumental* de la ideología. Como instrumento, sirve para definir, en su conjunto complejo, el sistema de la simplificación: "Por este método, se descompone, se hace la disección de un sujeto, de una idea compuesta; se examinan separadamente las partes unas después de otras; las más esenciales primero, luego aquellas que lo son menos, con sus diversas relaciones; se lo eleva a la idea más simple"; pero según el modelo matemático este análisis debía servir para determinar una desconocida: "se examina el modo de composición, la manera en la cual éste se ha llevado a cabo, y con ello se llega de lo conocido a lo desconocido, y esto por el uso de la inducción".[39]

Selle decía que la clínica no era "sino el ejercicio mismo de la medicina junto al lecho de los enfermos", y que, en esta medida, se identificaba con "la medicina práctica propiamente dicha".[40] Mucho más que una continuación del viejo empirismo médico, la clínica es la vida concreta, la aplicación primera del análisis. Si bien, al experimentar su oposición a los sistemas y a las teorías, reconoce su inmediato parentesco con la filosofía: "¿Por qué separar la ciencia de los médicos de la de los filósofos? ¿Por qué distinguir dos estudios, que se confunden por un origen y un destino comunes?"[41] La clínica, es un

[38] Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer* (París, 1807), p. 53.

[39] *Ibid.*, p. 53.

[40] Selle, *Introduction à l'étude de la nature* (trad. fr., París, año III), p. 229.

[41] C.-L. Dumas, *loc cit.*, p. 21.

campo que se ha hecho filosóficamente "visible" por la introducción en el dominio patológico de estructuras gramaticales y probabilitarias. Estas pueden fecharse históricamente, ya que son contemporáneas de Condillac y de sus sucesores. Han liberado a la percepción médica del juego de la esencia y de los síntomas y del no menos ambiguo de la especie y de los individuos: la figura desaparece, hace girar lo visible y lo invisible de acuerdo con el principio de que el enfermo oculta y muestra a la vez la especificación de su enfermedad. Se abre para la mirada un dominio de clara visibilidad.

Pero este mismo dominio, y lo que, fundamentalmente lo hace visible, ¿no tienen un doble acuerdo? ¿No se apoyan en figuras que se traslapan una a otra y se esquivan? El modelo gramatical, aclimatado en el análisis de los signos, permanece implícito y desarrollado, sin formalización en el fondo del movimiento conceptual: se trata de una *transferencia de las formas de la inteligibilidad.* El modelo matemático está siempre explícito, e invocado; está presente como principio de coherencia de un proceso conceptual que se ha realizado fuera de él: se trata de la *aportación de temas de formalización.* Pero esta contradicción fundamental no es experimentada como tal. Y la mirada que se posa sobre este dominio, aparentemente liberado pareció, en un tiempo, una mirada feliz.

7

VER, SABER

"Hipócrates se aplicó sólo a la observación y despreció todos los sistemas. Unicamente caminando sobre sus huellas puede ser perfeccionada la medicina." [1] Pero los privilegios que la clínica acaba de reconocer a la observación son de naturaleza bien distinta y mucho más numerosos que los prestigios que se le atribuían en la tradición. Son a la vez los privilegios de una mirada pura, anterior a toda intervención, fiel a lo inmediato, que toma sin modificarlos, los de una mirada preparada con toda una armazón lógica que exorciza desde el comienzo la ingenuidad de un empirismo no preparado. Es menester describir ahora el ejercicio concreto de tal perfección.

La mirada que observa se guarda de intervenir: es muda y sin gesto. La observación deja lugar; no hay para ella nada oculto en lo que se da. El correlativo de la observación no es jamás lo invisible, sino siempre lo inmediatamente visible, una vez apartados los obstáculos que suscitan a la razón las teorías y a los sentidos la imaginación. En la temática del clínico, la pureza de la mirada está vinculada a un cierto silencio que permite escuchar. Los discursos parlanchines de los sistemas deben interrumpirse: "Toda teoría calla o se desvanece siempre en el lecho del enfermo";[2] y deben reducirse igualmente los propósi-

[1] Clifton, *État de la médecine ancienne et moderne*, prefacio del traductor, no paginado (París, 1742).

[2] Corvisart, Prefacio a la traducción de Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine* (París, 1808), p. VII.

tos de la imaginación, que se anticipan en lo que se percibe, descubren ilusorias relaciones y hacen hablar a lo que es inaccesible a los sentidos: "¡Qué raro es ese observador cuidadoso que sabe esperar en el silencio de la imaginación, en la calma del espíritu y antes de formar su juicio, la relación de un sentido actualmente en ejercicio!"[3] La mirada se cumplirá en su verdad propia y tendrá acceso a la verdad de las cosas, si se posa en silencio sobre ella; si todo calla alrededor de lo que ve. La mirada clínica tiene esa paradójica propiedad de *entender un lenguaje* en el momento en que *percibe un espectáculo.* En la clínica, lo que se manifiesta es originariamente lo que habla. La oposición entre clínica y experimentación cubre exactamente la diferencia entre el lenguaje que se entiende y, por consiguiente, que se reconoce, y la cuestión que se plantea, es decir, que se impone; "El observador... lee la naturaleza, el que hace el experimento la interroga".[4] En esta medida, observación y experiencia se oponen sin excluirse: es natural que la primera conduzca a la segunda, pero con la condición de que ésta no interrogue sino en el vocabulario y en el interior del lenguaje que le ha sido propuesto por las cosas observadas; sus cuestiones no pueden fundarse más que si son respuestas a una respuesta sin pregunta, a una respuesta absoluta que no implica ningún lenguaje anterior, porque ella es, en el sentido estricto, la primera palabra. Este privilegio de origen insuperable es lo que Double traducía en términos de causalidad: "No hay que confundir la observación con la experiencia; ésta es el resultado o el efecto; aquélla el medio o la causa; la observación conduce naturalmente a la experiencia."[5] La

[3] *Ibid.*, p. VIII.

[4] Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer* (París, 1807), p. 14.

[5] Double, *Séméiologie générale*, t. I. p. 80.

mirada que observa no manifiesta sus virtudes sino en un doble silencio: el relativo, de las teorías, de las imaginaciones y de todo lo que forma un obstáculo a lo inmediato sensible; y el absoluto, de todo lenguaje que sería anterior al de lo visible. Sobre el espesor de este doble silencio, las cosas vistas pueden al fin ser entendidas, y entendidas por el mero hecho de que son vistas.

Entonces, esta mirada se retiene en el límite de toda intervención posible, de toda decisión experimental, esta mirada que no modifica, muestra que su reserva está vinculada a la solidez de su armazón. No le basta para ser lo que debe ser, ejercer su prudencia o su escepticismo; lo inmediato sobre lo cual se abre no enuncia la verdad sino si es al mismo tiempo el origen, es decir, punto de partida, principio y ley de composición; y la mirada debe restituir como verdad lo que ha sido producido según una génesis: en otros términos, debe reproducir en las operaciones que le son propias lo que ha sido dado en el movimiento mismo de la composición. En esto justamente es "analítica". La observación es la lógica al nivel de los contenidos perceptivos; y el arte de observar "sería una lógica para los sentidos que enseñaría más particularmente sus operaciones y sus usos. En una palabra, éste sería el arte de estar en relación con las circunstancias que interesan, de recibir las impresiones de los objetos como se ofrecen a nosotros, y de sacar de ellas las inducciones que son sus justas consecuencias. La lógica es... la base del arte de observar, pero este arte podría ser considerado como una de las partes de la lógica cuyo objeto sería más dependiente de los sentidos".[6]

Por consiguiente se puede, en una primera aproximación, definir esta mirada clínica como un acto

[6] Senebier, *Essai sur l'art d'observer et de faire des expériences* (2a. ed., París, 1802), t. I, p. 6.

perceptivo subtendido por una lógica de las operaciones; es analítico porque reconstituye la génesis de la composición; pero es puro de toda intervención en la medida en que esta génesis no es sino la sintaxis del lenguaje que hablan las cosas mismas en un silencio originario. La mirada de la observación y las cosas que ella percibe comunican por un mismo *logos* que es aquí génesis de los conjuntos y allá lógica de las operaciones.

La observación clínica implica dos dominios que le están asociados necesariamente y que se han conjugado entre sí: el dominio hospitalario y el dominio pedagógico.

El dominio hospitalario es aquel en el cual el hecho patológico aparece en su singularidad de acontecimiento y en la serie que lo circunda. Hace poco aún, la familia formaba el lugar natural en el cual la verdad afloraba sin alteración; ahora, se le ha descubierto un doble poder de ilusión: la enfermedad corre el riesgo de ser disfrazada por cuidados, un régimen, una táctica que la perturban; está tomada en la singularidad de condiciones físicas que la hacen incomparable con las demás. Desde el momento en que el conocimiento médico se define en términos de frecuencia, no es de un medio natural de lo que se tiene necesidad, sino de un dominio neutro, es decir, homogéneo en todas sus partes para que sea posible una comparación, y abierto sin principio de selección o de exclusión a toda forma de acontecimiento patológico. Es menester que todo en él sea posible y posible de la misma manera. "¡Qué fuente de instrucción son dos enfermerías de cien a ciento cincuenta enfermos cada una!... ¡Qué espectáculo variado de fiebres o de flegmasias malignas o benignas, ora muy desarrolladas en las constituciones fuertes, ora débilmente pronunciadas y como latentes, y con todas las

formas y las modificaciones que pueden ofrecer la edad, la manera de vivir, las estaciones y las afecciones morales, más o menos enérgicas!"[7] En cuanto a la vieja objeción de que el hospital provoca modificaciones que son a la vez trastornos patológicos y trastornos del ordenamiento de las formas patológicas, no se ha retirado ni descuidado: sino, con todo rigor, anulado, ya que las modificaciones en cuestión valen de una manera uniforme para todos los acontecimientos; es posible por consiguiente aislarlos por el análisis y tratarlos separadamente; poniendo aparte las modificaciones debidas a las localidades, a las estaciones, a la naturaleza del tratamiento "se puede llegar a poner en la clínica de los hospitales y el ejercicio general de la medicina, un grado de exactitud del cual ésta es aún susceptible".[8] La clínica no es por lo tanto este paisaje mítico en el cual las enfermedades aparecen en sí mismas y absolutamente descubiertas; ella permite la integración, en la experiencia, la modificación hospitalaria bajo forma constante. Lo que la medicina de las especies llamaba la *naturaleza* se revela no siendo más que la discontinuidad de las condiciones heterogéneas y artificiales; en cuanto a las enfermedades "artificiales" del hospital, éstas autorizan una reducción a lo homogéneo del campo de acontecimientos patológicos; sin duda el dominio hospitalario no es pura transparencia para la verdad; pero la refacción que le es propia permite, por su constancia el análisis de la verdad.

Por el juego indefinido de las modificaciones y de las repeticiones, la clínica hospitalaria permite por consiguiente poner aparte lo extrínseco. Ahora bien, este mismo juego hace posible la suma de lo esencial en el conocimiento: las variaciones, en efecto se anulan, y el efecto de repetición de los fenóme-

[7] Ph. Pinel, *Médecine clinique* (París, 1815), Introd., p. II.
[8] *Ibid.*, p. I.

nos constantes dibuja espontáneamente las conjunciones fundamentales. La verdad, al señalarse bajo una forma repetitiva, indica el camino que permite adquirirla. Se da a conocer al darse a reconocer. "El alumno... no puede familiarizarse demasiado con la vista repetida de alteraciones de todo tipo, de las cuales su práctica particular podrá, a continuación, ofrecerle el cuadro." [9] La génesis de la manifestación de la verdad es también la génesis del conocimiento de la verdad. No hay por lo tanto diferencia de naturaleza entre la clínica como ciencia y la clínica como pedagogía. Así, se forma un grupo, constituido por el maestro y sus alumnos, en el cual el acto de reconocer y el esfuerzo por conocer se cumplen en un solo y mismo movimiento. La experiencia médica, en su estructura y en sus dos aspectos de manifestación y de adquisición, tiene ahora un sujeto colectivo; no está ya dividida entre el que sabe y el que ignora; está hecha solidariamente para el que descubre y aquellos ante quien se descubre. El enunciado es el mismo; la enfermedad habla el mismo lenguaje a los unos y a los otros.

Estructura *colectiva* del sujeto de la experiencia médica; carácter de *colección* del campo hospitalario: la clínica se sitúa al encuentro de los dos conjuntos; la experiencia que la define recorre la superficie de su emparejamiento y de su límite recíproco. En ello toma su inagotable riqueza, pero también su figura suficiente y cerrada. Ella es el recorte del dominio infinito de acontecimientos por el entrecruzamiento de la mirada y de las cuestiones concertadas. En la clínica de Edimburgo, la observación consistía en cuatro series de cuestiones: la primera sobre la edad, el sexo, el temperamento, la profesión del enfermo; la segunda sobre los síntomas que éste sentía;

[9] Maygrier, *Guide de l'étudiant en médecine* (París, 1818), pp. 94-95.

la tercera concernía al origen y al desarrollo de la enfermedad; la cuarta, por último, iba hasta las causas lejanas y los accidentes anteriores.[10] Otro método —y éste se utilizaba en Montpellier— consistía en un examen general de todas las modificaciones visibles del organismo: "Primero las alteraciones que presentan las cualidades del cuerpo en general; segundo las que se observan en las materias excretadas; tercero, finalmente, las que son denotadas por el ejercicio de las funciones."[11] A estas dos formas de investigación, Pinel dirige el mismo reproche: son ilimitadas. A la primera, objeta: "en medio de esta profusión de preguntas... ¿cómo aprehender los caracteres especiales y específicos de la enfermedad?" Y a la segunda de una manera simétrica: "¡Qué enumeración inmensa de síntomas...! ¿No es acaso lanzarnos otra vez en un nuevo caos?" [12] Las preguntas que deben plantearse son innumerables; las cosas por verse infinitas. Si no está abierto más que a las tareas del lenguaje, o a las exigencias de la mirada, el dominio clínico no tiene término y, por consiguiente, organización. Sólo tiene límite, de forma y de sentido si la interrogación y el examen se articulan el uno sobre la otra, definiendo en el nivel de las estructuras fundamentales el "vínculo de encuentro" del médico y del enfermo. Este lugar trata de determinarlo la clínica en su forma inicial por tres medios:

1. LA ALTERNACIÓN DE LOS MOMENTOS HABLADOS Y DE LOS MOMENTOS PERCIBIDOS EN UNA OBSERVACIÓN

En el esquema de la encuesta ideal, trazado por Pinel, el índice general del primer momento es visual: se observa el estado actual en sus manifestaciones. Pe-

[10] Ph. Pinel, *Médecine clinique,* p. 4.
[11] *Ibid.,* p. 3.
[12] *Ibid.,* pp. 5 y 3.

ro en el interior de este examen, el cuestionario asegura ya el lugar del lenguaje: se observan los síntomas que golpean en seguida los sentidos del observador; pero apenas después, se interroga al enfermo sobre los dolores que siente, por último —forma mixta de lo percibido y de lo hablado, de la pregunta y de la observación— se comprueba el estado de las grandes funciones fisiológicas conocidas. El segundo momento está colocado bajo el signo del lenguaje y también del tiempo, de la rememoración, de los desarrollos y de las incidencias sucesivas. Se trata de decir primeramente lo que ha sido perceptible en un momento dado (recordar las formas de la invasión, la sucesión de los síntomas, la aparición de sus caracteres actuales y de las meditaciones ya aplicadas); luego, es menester interrogar al enfermo o a los que lo rodean sobre sus hábitos, su profesión, su vida pasada. El tercer momento de la observación es de nuevo un momento percibido; se da cuenta, día tras día, del progreso de la enfermedad bajo cuatro rúbricas: evolución de los síntomas, aparición eventual de nuevos fenómenos, estado de las secreciones, efecto de los medicamentos empleados. Finalmente, último tiempo, el reservado a la palabra: prescripción del régimen para la convalescencia.[13] En casos de deceso, la mayor parte de los médicos —pero Pinel menos a gusto que los demás y veremos por qué— reservaba a la mirada la última y la más decisiva instancia: la anatomía del cuerpo. En este palpitar regular de la palabra y de la mirada, la enfermedad poco a poco pronuncia su verdad, verdad que da a ver y a entender, y cuyo texto, que no obstante no tiene más que un *sentido,* no puede ser restituido, en su totalidad indudable, sino por dos *sentidos*: el que mira y el que escucha. Por ello el cuestionario sin el examen, o el examen sin la interrogación, estaban consagrados a

[13] Ph. Pinel, *ibid.,* p. 57.

una tarea infinita: no toca a ninguno de los dos colmar las lagunas que señala el otro.

2. EL ESFUERZO PARA DEFINIR UNA FORMA ESTATUARIA DE CORRELACIÓN ENTRE LA MIRADA Y EL LENGUAJE

El problema teórico y práctico que se ha planteado a los médicos ha sido saber si sería posible hacer entrar en una representación espacialmente leíble y conceptualmente coherente, lo que, de la enfermedad, señala una sintomatología visible, y lo que señala un análisis verbal. Este problema se ha manifestado en una dificultad técnica muy reveladora de las exigencias del pensamiento clínico: el *cuadro*. ¿Es posible integrar en un cuadro, es decir, en una estructura a la vez visible y leíble, espacial y verbal, lo que es percibido en la superficie del cuerpo por el ojo del clínico, y lo que es oído por este mismo clínico del lenguaje esencial de la enfermedad? El ensayo, el más ingenuo sin duda, es el de Fordyce: en abscisa, señalaba todas las anotaciones concernientes al clima, las estaciones, las enfermedades reinantes, el temperamento del enfermo, su idiosincrasia, sus hábitos, su edad y los accidentes antecedentes; en ordenada, indicaba los síntomas según el órgano, o la función que los manifestaba (pulso, piel, temperatura, músculos, ojos, lengua, boca, respiración, estómago, intestinos, orina).[14] Es claro que esta distinción funcional entre lo visible y lo enunciable, y después su correlación en el mito de una geometría analítica, no podía ser de ninguna eficacia en el trabajo del pensamiento clínico; un esfuerzo semejante es significativo sólo de los datos del problema y de los términos que se trataban de poner en correlación. Los cuadros trazados por Pinel son aparentemente más simples: su estructura conceptual es de hecho más sutil. Lo que

[14] Fordyce, *Essai d'un nouveau plan d'observations médicales* (trad. fr., París, 1811).

está dispuesto en ordenada, son como en Fordyce, los elementos sintomáticos que la enfermedad ofrece a la percepción, pero en abscisa, indica los valores significativos que estos síntomas pueden tomar: así en una fiebre aguda, una sensibilidad dolorosa en el epigastrio, una jaqueca, una sed violenta deben tomarse en cuenta como una sintomatología gástrica; en cambio, la postración, la tensión abdominal, tienen un sentido adinámico; por último, el dolor en los miembros, la lengua árida, la respiración frecuente, un paroxismo que se produce sobre todo por la noche, son signos a la vez de gastricidad y de adinamismo.[15] Cada segmento visible toma así un valor significativo y el cuadro tiene, en el conocimiento clínico, una función de análisis. Pero es evidente que la estructura analítica no está dada ni revelada por el cuadro mismo; era anterior a él y la correlación entre cada síntoma y su valor sintomatológico ha sido fijada de una vez por todas en un *a priori* esencial; bajo su función aparentemente analítica, el cuadro no tiene otro papel que repartir lo visible en el interior de una configuración conceptual ya dada. El trabajo, por consiguiente, no es poner en correlación, sino una pura y simple nueva distribución de lo que había sido dado por una extensión perceptible en un espacio conceptual definido de antemano. No hace conocer nada; a lo más permite reconocer.

3. EL IDEAL DE UNA DESCRIPCIÓN EXHAUSTIVA

El aspecto arbitrario o tautológico de estos cuadros arrastra al pensamiento clínico hacia otra forma de correlación entre lo visible y lo enunciable; es la correlación continua de una descripción enteramente, es decir, doblemente, fiel: con relación a su objeto ésta en efecto no debe tener lagunas; y en el lenguaje en el

[15] Ph. Pinel, *Médecine clinique*, p. 78.

cual lo transcribe no debe permitirse ninguna desviación. El *rigor* descriptivo será la resultante de una *exactitud* en el enunciado y de una *regularidad* en la denominación: que es, según Pinel, "el método seguido ahora en todas las demás partes de la historia natural".[16] Así el lenguaje se encuentra cargado de una doble función: por su valor de exactitud, establece una correlación entre cada sector de lo visible y un elemento enunciable que le corresponde como más justo; pero este elemento enunciable, en el interior de su papel de descripción, hace desempeñar una función denominadora que, por su articulación en un vocabulario constante y fijo, autoriza la comparación, la generalización, y la colocación en el interior de un conjunto. Gracias a esta doble función, el trabajo de descripción asegura una "prudente reserva para elevarse a opiniones generales sin dar realidad a términos abstractos", y una "distribución simple, regular y fundada invariablemente sobre relaciones de estructuras o de funciones orgánicas de las partes".[17]

En este paso, exhaustivo y sin residuo, de la *totalidad de lo visible* a la *estructura de conjunto de lo enunciable* donde se cumple al fin este análisis significativo de lo percibido, que la arquitectura ingenuamente geométrica del cuadro no llegaba a asegurar. Es la descripción, o más bien la labor implícita del lenguaje, en la descripción que autoriza la transformación del síntoma en signo, el paso del enfermo a la enfermedad, el acceso de lo individual a lo conceptual. Y allí se anuda, por las virtudes espontáneas de la descripción, el vínculo entre el campo aleatorio de los acontecimientos patológicos y el dominio pedagógico en el cual éstos formulan el orden de su verdad. Describir, es seguir el ordenamiento de las manifestaciones, pero es también seguir la secuencia in-

[16] Ph. Pinel, *Nosographie philosophique*, Introd., p. III.
[17] *Ibid.*, pp. III-IV.

teligible de su génesis; es ver y saber al mismo tiempo, ya que al decir lo que se ve, se lo integra espontáneamente en el saber; es también aprender a ver ya que es dar la clave de un lenguaje que domina lo visible. La lengua bien hecha, en la cual Condillac y sus sucesores veían el ideal del conocimiento científico que no debe buscarse, por lo tanto, como lo han hecho con demasiada prisa algunos médicos[18] del lado de una lengua de los cálculos; sino del lado de esta *lengua mesurada* que es a la vez la medida de las cosas que describe y del lenguaje en el cual las describe. Es menester, por consiguiente, sustituir el sueño de una estructura aritmética del lenguaje médico, por la búsqueda de una cierta medida interna hecha de fidelidad y de firmeza, de apertura primera y absoluta sobre las cosas y de rigor en el uso reflexivo de los valores semánticos. "El arte de describir los hechos, es el arte supremo en medicina: todo palidece ante él."[19]

Por encima de todos estos esfuerzos del pensamiento clínico por definir sus métodos y sus normas científicos, planea el gran mito de una pura Mirada que sería puro Lenguaje: Ojo que hablaría. Abarcaría la totalidad del campo hospitalario, acogiendo y recogiendo cada uno de los acontecimientos singulares que se producen en él; y a medida que viera, que viera más y mejor, se haría palabra que enuncia y enseña; la verdad que los acontecimientos por sus repeticiones y su convergencia trazarían bajo su mirada, sería, por esta misma mirada y en su orden mismo, reservada bajo forma de enseñanza a los que no saben y aún no han visto. Este ojo que habla sería el servidor de las cosas del maestro de la verdad.

Se comprende como, alrededor de estos temas, se ha podido reconstituir un cierto esoterismo médico

[18] Cf. *supra*, cap. VI.

[19] Amard, *Association intellectuelle* (París, 1821), t. I, p. 64.

después del sueño revolucionario de una ciencia y de una práctica absolutamente abiertas: no se ve en lo sucesivo lo visible sino porque se conoce el Lenguaje; las cosas se ofrecen al que ha penetrado en el mundo cerrado de las palabras; y si estas palabras comunican con las cosas, es que obedecen a una regla intrínseca a su gramática. Este nuevo esoterismo es diferente en su estructura, su sentido y su uso del que hacía hablar latín a los médicos de Molière: entonces se trataba sólo de no ser comprendido y de mantener, al nivel de fórmulas de lenguaje, los privilegios corporativos de una profesión; ahora se trata de adquirir un dominio operatorio sobre las cosas por un justo uso sintáctico y una difícil familiaridad semántica del lenguaje. La descripción, en la medicina clínica, no tiene por sentido poner lo oculto, o lo invisible, al alcance de los que no tienen acceso a ello; sino hacer hablar lo que todo el mundo ve sin verlo, a los únicos que estén iniciados en la verdadera palabra. "Algunos preceptos que se dan sobre una materia tan delicada, que permanecerá siempre por encima del alcance de la multitud."[20] Encontramos allí, al nivel de las estructuras teóricas, este tema de la iniciación cuyo esbozo se encuentra ya en las configuraciones institucionales de la misma época:[21] estamos en el corazón de la experiencia clínica, forma de *manifestación* de las cosas en su verdad, forma de *iniciación* a la verdad de las cosas; es que Bouillaud enunciará como banalidad de evidencia una cuarentena de años después: "La clínica médica puede considerarse ya como ciencia, ya como un modo de enseñanza de la medicina."[22]

[20] Amard, *Association intellectuelle*, I, p. 65.
[21] Cf. *supra*, cap. 5.
[22] Bouillaud, *Philosophie médicale* (París, 1831), p. 244.

Una mirada que escucha y una mirada que habla: la experiencia clínica representa un momento de equilibrio entre la palabra y el espectáculo. Equilibrio precario, ya que reposa sobre un formidable postulado: que todo lo *visible* es enunciable y que es *íntegramente* visible porque es íntegramente *enunciable*. Un postulado de semejante alcance no podía permitir una ciencia coherente sino se desarrollaba en una lógica que fue su consecuencia rigurosa. Ahora bien, la armazón lógica del pensamiento clínico no es absolutamente coherente con este postulado: y la reversibilidad sin residuo de lo visible en lo enunciable, queda en la clínica como una exigencia y un límite más que como un principio originario. La *descriptibilidad* total está en un horizonte presente y lejano; es el sueño de un pensamiento, mucho más que una estructura conceptual de base.

Hay en esto una razón histórica simple: es que la lógica de Condillac no permitía una ciencia en la cual lo visible y lo decible fueran tomados en una adecuación total. La filosofía de Condillac se desplazó poco a poco de un análisis de la impresión originaria, a una lógica operatoria de los signos, luego de esta lógica a la constitución de un saber que sería a la vez lengua y cálculo: utilizada a estos tres niveles y cada vez con sentidos diferentes, la noción de *elemento* aseguraba a lo largo de esta reflexión una continuidad ambigua, pero sin estructura lógica definida y coherente; Condillac nunca desprendió una lógica universal del elemento, sea este elemento perceptivo, lingüístico o calculable; dudó sin cesar entre dos lógicas de las operaciones: la de la génesis y la del cálculo. De ahí la doble definición del análisis: reducir las ideas complejas "a las ideas simples, de las cuales éstas han sido compuestas y seguir el progreso de su generación"; [23] y buscar la verdad "por una espe-

[23] Condillac, *Origine des connaissances humaines*, p. 162.

cie de cálculo, es decir, componiendo y descomponiendo las nociones para compararlas de la manera más favorable a los descubrimientos que se ha visto en ellas".[24]

Esta ambigüedad ha pesado sobre el método clínico, pero se ha movido de acuerdo con una inclinación conceptual que es opuesta exactamente a la evolución de Condillac: inversión palabra por palabra del punto de origen y del punto de conclusión.

Ésta vuelve a bajar de la exigencia del cálculo a la primacía de la génesis, es decir, que después de haber tratado de definir el postulado de adecuación de lo visible a lo enunciable por una calculabilidad *universal* y rigurosa, le da el sentido de una *descriptibilidad* total y exhaustiva. La operación esencial no es ya del orden de la combinatoria, sino del orden de la transcripción sintáctica. De este movimiento que vuelve a tomar en sentido inverso, todo el paso de Condillac, nada es mejor testimonio que el pensamiento de Cabanis, si se le compara con el análisis de Brulley. Éste quiere "considerar la certeza como un todo divisible en otras tantas probabilidades como se quiera"; "Una probabilidad es por lo tanto un grado, una parte de la certeza, de la cual difiere como la parte difiere del todo";[25] la certeza médica debe obtenerse por consiguiente por una combinatoria de las probabilidades; después de haber dado las reglas de ellas, Brulley anuncia que no irá más adelante, debiendo aportar un médico más célebre sobre este sujeto las luces que a él mismo le sería difícil dar.[26] Según toda verosimilitud, es de Cabanis de quien se trata. Ahora bien, en las *Révolutions de la Médecine,* la forma cierta de la ciencia no está definida por un tipo de cálculo, sino por una organización cuyos valores son

[24] *Ibid.,* p. 110.

[25] C.-A. Brulley, *Essai sur l'art de conjecturer en médecine,* pp. 26-27.

[26] Brulley, *ibid.*

esencialmente expresivos; no se trata ya de establecer un cálculo para ir de lo probable a lo cierto, sino de fijar una sintaxis para ir del elemento percibido a la coherencia del discurso: "La parte teórica de una ciencia debe ser por lo tanto el simple enunciado del encadenamiento de la clasificación y de las relaciones de todos los hechos de los cuales se compone esta ciencia; debe ser, por así decir, su expresión sumaria."[27] Y si Cabanis deja lugar al cálculo de las probabilidades en la edificación de la medicina, es sólo a título de elemento, entre otros, en la construcción total del discurso científico. Brulley trataba de situarse al nivel de la *Lengua de los Cálculos*; Cabanis cita a menudo este último texto, estando su pensamiento estructuralmente en pleno acuerdo con el *Essai sur l'origine des Connaissances.*

Podría pensarse —y todos los clínicos de esta generación lo creyeron— que las cosas permanecerían allí y que a este nivel era posible un equilibrio sin problemas entre las formas de composición de lo visible y las reglas sintácticas de lo enunciable. Breve período de euforia, edad de oro sin futuro en el cual ver, decir y aprender a ver al decir lo que se ve, comunicaba en una transparencia inmediata: la experiencia era por derecho propio ciencia; y el "conocer" marchaba al mismo paso que el "aprender". La mirada veía soberanamente en un mundo del lenguaje cuya clara palabra recogía sin esfuerzo para restituirla en una palabra segunda e idéntica: dada por lo visible, esta palabra, sin cambiar nada, daba a ver. La mirada volvía a tomar en su ejercicio soberano las estructuras de visibilidad que ella misma había depositado en su campo de percepción.

Pero esta forma generalizada de la transparencia, deja opaco el estatuto del lenguaje que debe ser a

[27] Cabanis, *Coup d'œil sur les révolutions et la réforme de la médecine* (París, 1804), p. 271.

la vez su fundamento, la justificación y el instrumento sutil. Tal carencia, que es al mismo tiempo la de la Lógica de Condillac, abre el campo a un cierto número de mitos epistemológicos que están destinados a disfrazarla. Pero comprometen a la clínica en nuevas figuras espaciales en las cuales se apacigua la visibilidad, se perturba, en las cuales la mirada choca con masas oscuras, con volúmenes impenetrables, con la piedra negra del cuerpo.

1. *El primero de estos mitos epistemológicos toca a la estructura alfabética de la enfermedad.* A fines del siglo XVIII, el alfabeto aparecía a los gramáticos como el esquema ideal del análisis y la forma última de la descomposición de una lengua; constituía por ello mismo el camino de aprendizaje de esta lengua. Esta imagen alfabética ha sido traspuesta, sin modificación esencial, en la definición de la mirada clínica. El segmento observable más pequeño posible, aquel del cual es menester partir y más allá del cual no es posible remontarse, es la impresión singular que se recibe de un enfermo, o más bien de un síntoma en un enfermo; no significa nada por sí mismo, pero tomará sentido y valor, comenzará a hablar, si entra en composición con otros elementos: "Las observaciones particulares, aisladas, son para la ciencia lo que las letras y las palabras son para el discurso; éste no se funda sino por la afluencia y la reunión de las letras y de las palabras cuyo mecanismo y cuyo valor es menester haber estudiado y meditado antes de hacer de él un empleo bueno y útil; es lo mismo con las observaciones."[28] Esta estructura alfabética de la enfermedad, no garantiza sólo que siempre se pueda remontarse al elemento insuperable: ésta asegura, así, que el número de estos elementos será finito, e in-

[28] F.-J. Double, *Séméiologie générale* (París, 1811), t. I, p. 79.

cluso restringido. Lo que es diverso y aparentemente infinito, no son las impresiones primeras sino su combinación en el interior de una única misma enfermedad; así como el pequeño número de "modificaciones designadas por los gramáticos bajo el nombre de consonantes" basta para dar "a la expresión del sentimiento la precisión del pensamiento", lo mismo, para los fenómenos patológicos, "en cada caso nuevo, se creería que hay nuevos hechos, pero no son más que otras combinaciones. En el estado patológico no hay nunca más que un pequeño número de fenómenos principales... El orden en el cual aparecen, su importancia, sus relaciones diversas, bastan para dar nacimiento a todas las variedades de enfermedades".[29]

2. *La mirada clínica opera sobre el ser de la enfermedad, una reducción nominalista.* Compuestas de letras, las enfermedades no tienen otra realidad que el orden de su composición. Sus variedades se reducen en último análisis a esos casos individuales simples, y todo lo que puede construirse con ellos y por encima de ellos no es más que Nombre. Y nombre en un doble sentido: en el sentido que acostumbran los nominalistas cuando critican la realidad sustancial de los seres abstractos y generales; y en otro sentido, más próximo a una filosofía del lenguaje, ya que la forma de composición del ser de la enfermedad, es de tipo lingüístico. Con relación al ser individual y concreto, la enfermedad no es más que un nombre; con relación a los elementos aislados, de los cuales está constituida, tiene toda la arquictectura rigurosa de una designación verbal. Preguntar qué es la esencia de una enfermedad, "es como si usted preguntara cuál es la naturaleza de la esencia de una palabra".[30] Un hombre tose, escupe sangre; respira

[29] Cabanis, *Du degré de certitude* (3a. ed., París, 1819), p. 86.
[30] *Ibid.*, p. 66.

con dificultad; su pulso es rápido y duro; su temperatura aumenta: otras tantas impresiones inmediatas, otras tantas letras, por así decir. Todas reunidas, forman una enfermedad, la pleuresía: "¿Pero qué es entonces una pleuresía?... Es el concurso de estos accidentes que la constituyen. La palabra pleuresía no hace sino trazarlos de nuevo de una manera más compendiada." La "pleuresía", no lleva consigo más ser que la palabra misma; "expresa una abstracción del espíritu"; pero, como la palabra, es una estructura bien definida, una figura múltiple "en la cual todos o casi todos los accidentes se encuentran combinados. Si falta uno, o varios, no es pleuresía, por lo menos la verdadera pleuresía".[31] La enfermedad, como la palabra, está privada de ser, pero, como la palabra, está dotada de una configuración. La reducción nominalista de la existencia libera una verdad constante. Por ello:

3. *La mirada clínica opera sobre los fenómenos patológicos una reducción de tipo clínico.* La mirada de los nosógrafos, hasta fines del siglo XVIII, era una mirada de jardinero; era menester reconocer en la variedad de las apariencias, la esencia específica. Al comenzar el siglo XIX, se impone otro modelo: el de la operación química, que al aislar los elementos componentes, permite definir la composición, establecer los puntos comunes, los parecidos y las diferencias con los demás conjuntos, y fundar así una clasificación que no se funda sobre tipos específicos, sino sobre formas de relaciones: "En lugar de seguir el ejemplo de los botánicos, ¿no habrían debido más bien los nosólogos tomar por modelo los sistemas de los químicos-minerólogos, es decir, contentarse con clasificar los elementos de las enfermedades y sus com-

[31] *Ibid.*, p. 66.

binaciones más frecuentes?" [32] La noción de análisis a la cual hemos reconocido ya, aplicada a la clínica, un sentido casi lingüístico y un sentido casi matemático,[33] va ahora a acercarse a una significación química: tendrá por horizonte el aislamiento de los cuerpos puros, y poner en cuadro sus combinaciones. Se ha pasado del tema de la combinatoria al de la sintaxis, luego al de la combinación.

Y, por reciprocidad, la mirada del clínico se convierte en el equivalente funcional del juego de las combustiones químicas; por ella la pureza esencial de los fenómenos puede desprenderse: es el agente separador de las verdades. Y del mismo modo que las combustiones no dicen su secreto, sino en la vivacidad misma del fuego, y que sería vano interrogar, una vez apagada la llama, lo que puede quedar de polvos inertes, el *caput mortuum* lo mismo es en el acto de ver y la viva claridad, que éste extiende sobre los fenómenos que la verdad le revela: "No es la réplica de la combustión mórbida lo que interesa saber al médico; es la especie de la combustión."[34] La mirada clínica es una mirada que quema las cosas hasta su extrema verdad. La atención con la cual observa, y el movimiento por el cual se enuncia, son a fin de cuenta tomados en este acto paradójico que consuma. La realidad cuyo lenguaje lee espontáneamente, para restituirlo tal como es, esa realidad no es tan adecuada a sí misma como se podía suponer: su verdad se da en una descomposición que es mucho más que una lectura, ya que se trata de la liberación de una estructura pura, e implícita. Se ve, desde ahora, esbozarse esta estructura del "secreto" que va a modificar bien pronto todas las significaciones de la clínica.

[32] Demorcy-Delettre, *Essai sur l'analyse appliquée au perfonctionnement de la médecine*, p. 135.

[33] Cf. *supra*, cap. 6.

[34] Amard, *Association intellectuelle*, t. II, p. 389.

4. *La experiencia clínica se identifica con una rica sensibilidad.* La mirada médica no es la de un ojo intelectual capaz, bajo los fenómenos, de percibir la pureza no modificable de las esencias. Es una mirada de la sensibilidad concreta, una mirada que va de cuerpo en cuerpo, y cuyo trayecto se sitúa todo en el espacio de la manifestación sensible. Toda verdad para la clínica, es verdad sensible; la "teoría calla, o se desvanece casi siempre en el lecho de los enfermos, para ceder el puesto a la observación y a la experiencia; ¡eh! ¿sobre qué se fundan la experiencia y la observación, si no es sobre la relación de nuestros sentidos? ¿Y qué serían la una y la otra sin estas guías fieles?"[35] Y si este conocimiento, al nivel del uso inmediato de los sentidos, no está dado de una vez, si puede adquirir profundidad y dominio, no es por un desnivel que le permitiría acceder a otra cosa que no es ella misma; es gracias a una soberanía interior, a su propio dominio; no profundiza jamás, sino a su nivel, que es el de la sensibilidad pura; ya que el sentido no nace jamás sino del sentido. ¿Qué es por lo tanto "el vistazo del médico que vence tan a menudo a la más vasta erudición y a la más sólida instrucción, sino el resultado del frecuente, metódico y justo ejercicio de los sentidos, del cual derivan esta facilidad en la aplicación, esta agilidad en la relación, esta seguridad tan rápida, a veces, en el juicio que todos los actos parecen simultáneos y cuyo conjunto se comprende bajo el nombre de tacto?" [36] Así, esta sensorialidad del saber, que implica no obstante la conjunción de un dominio hospitalario y de un dominio pedagógico, la definición de un campo de probabilidad y de una estructura lingüística de lo real, se reduce a un elogio de la inmediata sensibilidad.

[35] Corvisart, Prefacio a la traducción de Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine* (París, 1808), p. VII.

[36] Corvisart, *ibid.*, p. X.

Toda la dimensión del análisis, se despliega al nivel único de una estética. Pero esta estética no define sólo la forma originaria de toda verdad; prescribe, al mismo tiempo, reglas de ejercicio; y se convierte, en un segundo nivel, en estética en el sentido de que prescribe las normas de un arte. La *verdad* sensible está abierta ahora, más que a los sentidos mismos, a una *rica* sensibilidad. Toda la estructura compleja de la clínica, se resume y se cumple en la rapidez prestigiosa de un arte: "En medicina todo, o casi todo, depende de un vistazo, o de un instinto feliz; las certezas se encuentran más en las sensaciones mismas del artista, que en los principios del arte".[37] La armazón técnica de la mirada médica, sufre metamorfosis en consejos de prudencia, de gusto, de habilidad: es menester una "gran sagacidad", una "gran atención", una "gran exactitud", una "gran destreza", una "gran paciencia".[38]

A este nivel, todas las estructuras son disueltas, o más bien, las que constituían la esencia de la *mirada* clínica, son sustituidas poco a poco y en un desorden aparente por las que van a constituir el *vistazo*. Y éstas son muy diferentes. La mirada implica de hecho un campo abierto, y su actividad esencial es del orden sucesivo de la lectura: registra y totaliza; reconstituye poco a poco las organizaciones inmanentes; se extiende en un mundo que es ya el mundo del lenguaje, por eso emparienta espontáneamente con la audición y la palabra; forma como la articulación privilegiada de los dos aspectos fundamentales del *Decir* (lo que está dicho y lo que se dice). El vistazo no revolotea sobre un campo: da en un punto, que tiene el privilegio de ser el punto central, o decisivo; la mirada es indefinidamente modulada, el

[37] Cabanis, *Du degré de certitude* (3a. ed., 1819), p. 126.
[38] Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer* (París, 1807), pp. 87-99.

vistazo va derecho: escoge, y la línea que traza con un movimiento opera, en un instante, la división de lo esencial; va por lo tanto más allá de lo que ve; las formas inmediatas de lo sensible no lo engañan; porque sabe atravesarlas; es por esencia destructor de mitos. Si afecta en su rectitud violenta, es para herir, para levantar, para desprender la apariencia. No se detiene en todos los abusos del lenguaje. El vistazo es mudo como un dedo apuntado, y que denuncia. Punto de enunciado en esta denuncia. El vistazo es del orden no verbal del *contacto,* contacto puramente ideal sin duda, pero más *explosivo* en el fondo porque atraviesa mejor y va más lejos bajo las cosas. El ojo clínico descubre un parentesco con un nuevo sentido que le prescriben su norma y su estructura epistemológica; no es ya el oído tendido hacia un lenguaje, es el índice que palpa las profundidades. De aquí la metáfora del *tacto* por la cual los médicos van a definir sin cesar lo que es su vistazo.[39]

Y por el hecho mismo, la experiencia clínica va a abrirse un nuevo espacio: el espacio tangible del cuerpo, que es al mismo tiempo esa masa opaca en la cual se ocultan secretos, de invisibles lesiones y el misterio mismo de los orígenes. Y la medicina de los síntomas, poco a poco entrará en regresión, para disiparse ante la de los órganos, del centro, y de las causas ante una clínica enteramente ordenada para la anatomía patológica. Es la época de Bichat.

[39] Corvisart, véase nota 36.

8

ABRID ALGUNOS CADÁVERES

Muy pronto vincularon los historiadores el nuevo espíritu médico con el descubrimiento de la anatomía patológica; ésta parecía definirlo para lo esencial, llevarlo y recubrirlo, formar a la vez su expresión más viva y su razón más profunda; los métodos de análisis, el examen clínico, y hasta la reorganización de las escuelas y de los hospitales parecían prestarle su significación. "Una época nueva para la medicina acaba de comenzar en Francia. . .; el análisis aplicado al estudio de los fenómenos fisiológicos, un gusto ilustrado por los escritos de la antigüedad, la reunión de la medicina y de la cirujía, la organización de las escuelas clínicas han operado esta asombrosa revolución caracterizada por los progresos de la anatomía patológica."[1] Ésta recibía el curioso privilegio de venir, en el último momento del saber, a dar los primeros principios de su positividad.

¿Por qué esta inversión cronológica? ¿Por qué el tiempo habría depositado al término del recorrido lo que estaba contenido en la partida, abriendo el camino y justificándolo? Durante ciento cincuenta años se ha repetido la misma explicación: la medicina no pudo encontrar acceso a lo que la fundaba científicamente, sino dando, con lentitud y prudencia, la vuelta a un obstáculo decisivo, el que la religión, la moral y obtusos prejuicios oponían a que se abrieran

[1] P. Rayer, *Sommaire d'une histoire abrégée de l'anatomie pathologique* (París, 1818), introd., p. v.

cadáveres. La anatomía patológica vivió una vida de penumbra, en los límites de lo prohibido, y gracias a ese valor de los saberes clandestinos que soportaron la maldición; no se diseccionaba sino al amparo de dudosos crepúsculos, en el gran miedo de los muertos: "En el punto del día, en que se acerca la noche —Valsalva— se deslizaba furtivamente en los cementerios, para estudiar allí con holgura los progresos de la vida y de la destrucción"; se vio a su vez a Morgagni "excavar la tumba de los muertos y hundir su escalpelo en cadáveres robados al sepulcro".[2] Luego vinieron las Luces; la muerte tuvo el derecho a la claridad y se convirtió para el espíritu filosófico en objeto y fuente de saber: "Cuando la filosofía introdujo su antorcha en medio de los pueblos civilizados, se permitió al fin llevar una mirada escrutadora a los restos inanimados del cuerpo humano, y estos despojos, antes miserable presa de los gusanos, se convirtieron en la fuente fecunda de las verdades más útiles."[3] Hermosa trasmutación del cadáver; un tierno respeto lo condenaba a pudrirse, al trabajo negro de la destrucción; en la intrepidez del gesto que no viola sino para sacar a la luz, el cadáver se convierte en el momento más claro en los rostros de la verdad. El saber prosigue donde se formaba la larva.

Esta reconstrucción es históricamente falsa. Morgagni, a mediados del siglo XVIII, no tuvo dificultad para hacer sus autopsias; Hunter tampoco, algunos años más tarde; los conflictos narrados por su biógrafo son del orden de la anécdota y no indican ninguna oposición de principio.[4] La clínica de Viena,

[2] Rostan, *Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques* (París, 1826), t. I, p. 8.

[3] J.-L. Alibert, *Nosologie naturelle* (París, 1817), Preliminares, I, p. LVI.

[4] Cf. la historia de la autopsia del gigante, en D. Ottley, "Vie de John Hunter" en *Oeuvres complètes* de J. Hunter (trad. fr., París, 1839), t. I., p. 126.

desde 1754, contaba con una sala de disección, como la de Pavía que Tissot organiza; Desault, en el Hôtel-Dieu, puede libremente "demostrar sobre el cuerpo privado de vida, las alteraciones que habían hecho al arte inútil".[5] Baste recordar el artículo 25 del Decreto de Marly: "Ordenamos a los magistrados y a los directores de los hospitales que proporcionen cadáveres a los profesores para hacer las demostraciones de anatomía, y para enseñar las operaciones de cirugía."[6] Así pues, nada de penuria de cadáveres en el siglo XVIII, nada de sepulturas violadas ni de misas negras anatómicas; se está en el pleno día de la disección. Por una ilusión frecuente en el siglo XIX, y a la cual Michelet impuso las dimensiones de un mito, la historia ha prestado al final del Antiguo Régimen los colores de la Edad Media en sus últimos años, ha confundido con los desgarramientos del Renacimiento los problemas y los debates de la *Aufklärung*.

En la historia de la medicina, esta ilusión tiene un sentido preciso; funciona como justificación retrospectiva: si las viejas creencias han tenido, durante tanto tiempo, tal poder de interdicción, es que los médicos debían experimentar, desde el fondo de su apetito científico, la necesidad reprimida de abrir cadáveres. Ése es el punto del error, y la razón silenciosa que ha hecho cometerlo tan constantemente: desde el día en que se admitió que las lesiones explicaban los síntomas, y que la anatomía patológica fundaba la clínica, fue menester convocar una historia transfigurada, en la cual abrir cadáveres, por lo menos a título de exigencia científica, precedía a la observación, al fin positivo de los enfermos; la necesidad de conocer lo muerto debía existir ya cuando aparecía el cuidado de comprender lo vivo. Con todo

[5] M.-A. Petit, "Éloge de Desault" (1795) en *Médecine du cœur*, p. 108.

[6] Cf. Gilibert, *loc. cit.*, p. 100.

esto, se ha imaginado por lo tanto una conjuración negra de la disección, una iglesia de la anatomía militante y doliente, cuyo espíritu oculto habría permitido la clínica antes de ser ella misma la superficie en la práctica regular, autorizada y diurna de la autopsia.

Pero la cronología no es flexible: Morgagni publica su *Desedibus* en 1760, y por mediación del *Sepulchretum* de Bonet, se sitúa en la gran filiación de Valsalva; Lieutaud da un resumen de ello en 1767. El cadáver forma parte, sin oposición religiosa ni moral, del campo médico. Ahora bien, Bichat y sus contemporáneos tienen el sentimiento, cuarenta años más tarde, de *volver a descubrir* la anatomía patológica más allá de una zona de sombra. Un tiempo latente separa el texto de Morgagni, como el descubrimiento de Auenbrugger, de su utilización por Bichat y por Corvisart: cuarenta años que son aquellos en que se ha formado el método clínico. Es allí, no en las viejas obsesiones, donde yace el punto de represión: la clínica, mirada neutra posada sobre las manifestaciones, las frecuencias y las cronologías, preocupada por emparentar los síntomas y por aprehender su lenguaje, era, por su estructura, extraña a esta investigación de los cuerpos mudos, e intemporales; las causas, o los lugares, la dejaban indiferente: historia, no geografía. Anatomía y clínica no son del mismo espíritu: por extraño que esto pueda parecer ahora que está establecido y fundada, lejos en el tiempo, la coherencia anatomo-clínica, es un pensamiento clínico el que durante cuarenta años impidió a la medicina entender la lección de Morgagni. El conflicto no es entre un joven saber y viejas creencias, sino entre dos rostros del saber. Para que, desde el interior de la clínica, se dibuje y se imponga el llamado de la anatomía patológica, será menester un mutuo arreglo: aquí, la aparición de nuevas líneas geográficas, y allá una nueva manera de leer el tiempo. En los términos de esta

estructuración en litigio, el conocimiento de la enfermedad viva y sospechosa podrá alinearse sobre la blanca visibilidad de los muertos.

Abrir de nuevo a Morgagni no significaba, no obstante, para Bichat romper con la experiencia clínica que se acababa de adquirir. Por el contrario, la fidelidad al método de los clínicos permanece como lo esencial, e incluso más allá de ella, el cuidado, que comparte con Pinel, de dar fundamento a una clasificación nosológica. Paradójicamente la vuelta a las cuestiones del *De sedibus* se hace a partir de un problema de agrupación de síntomas y de ordenamiento de enfermedades.

Como el *Sepulchretum* y muchos tratados de los siglos XVII y XVIII, y las cartas de Morgagni aseguraban la especificación de las enfermedades por una repartición local de sus síntomas o de su punto de origen; la dispersión anatómica era el principio director del análisis nosológico: el frenesí pertenecía como la apoplejía, a las enfermedades de la cabeza; asma, peripneumonía y hemoptisis formaban especies próximas, porque se localizaban las tres en el pecho. El parentesco mórbido se apoyaba en un principio de vecindad orgánica: el espacio que lo definía era local. La medicina de las clasificaciones después de la clínica habían desligado el análisis patológico de este regionalismo, y constituido para ella un espacio a la vez más complejo y más abstracto, donde se trataba de orden, de sucesiones, de coincidencias y de isomorfismos.

El descubrimiento decisivo del *Traité des membranes,* sistematizado después en la *Anatomie générale,* es un principio de desciframiento del espacio corporal que es a la vez intraorgánico, interorgánico y transorgánico. El elemento anatómico ha dejado de definir la forma fundamental de la espacialización y

de ordenar, por una relación de vecindad, los caminos de la comunicación fisiológica o patológica; no es ya más que una forma segunda de un espacio primario que, por enrollamiento, superposición, condensación, la constituye. Este espacio fundamental está íntegramente definido por la delgadez del tejido; la *Anatomie générale* enumera veintiuno de ellos: el celular, el nervioso de la vida animal, el nervioso de la vida orgánica, el arterial, el venoso, el de los vasos exhalantes, el de los absorbentes, el óseo, el medular, el cartilaginoso, el fibroso, el fibroso-cartilaginoso, el muscular animal, el muscular, el mucoso, el seroso, el sinovial, el glandular, el dermoideo, el epidermoideo y el piloso. Las membranas son individualidades de tejidos que, a pesar de su delgadez a menudo extrema, no "se ligan sino por relaciones indirectas de organización con las partes vecinas"; [7] una mirada global las confunde a menudo con el órgano que ellas envuelven o definen; se ha hecho la anatomía del corazón sin distinguir el pericardio, la del pulmón sin aislar la pleura; se han confundido el peritoneo y los órganos gástricos.[8] Pero se puede y se debe hacer el análisis de estos volúmenes orgánicos en superficies de tejidos si se quiere comprender la complejidad del funcionamiento y de las alteraciones: los órganos huecos están guarnecidos de membranas mucosas, cubiertas "de un fluido que humedece habitualmente su superficie libre y que proporcionan pequeñas glándulas inherentes a su estructura"; el pericardio, la pleura, el peritoneo, las aracnoides son membranas serosas "caracterizadas por el fluido linfático que las lubrica sin cesar y que está separado por exhalación de la masa de sangre"; el periostio, la duramadre, las aponeurosis están formadas por mem-

[7] X. Bichat, *Traité des membranes* (ed. de 1827, con notas de Magendie), p. 6.
[8] *Ibid.*, p. 1.

branas "que ningún fluido humedece" y "que compone una fibra blanca análoga a los tendones".[9]

Sólo a partir de los tejidos, la naturaleza trabaja con una extrema simplicidad de materiales. Son los elementos de los órganos, pero los atraviesan, los emparentan, y, por encima de ellos, constituyen vastos "sistemas" en los cuales el cuerpo humano encuentra las formas concretas de su unidad. Habrá tantos sistemas como tejidos: en ellos la individualidad compleja, inagotable de los órganos se disuelve, y, de golpe, se simplifica. Así la naturaleza se muestra "uniforme por todas partes en sus procedimientos, variable sólo en sus resultados, avara de los medios que emplea, pródiga de los efectos que obtiene, modificando de mil maneras algunos principios generales".[10] Entre los tejidos y los sistemas, los órganos aparecen como simples repliegues funcionales, enteramente relativos, en su papel, o en sus trastornos, a los elementos de los cuales están constituidos y a los conjuntos en los cuales están presos. Es menester analizar su espesor y proyectarlo sobre dos superficies: la particular, de sus membranas, y la general de los sistemas. Y Bichat sustituye el principio de diversificación según los órganos que ordenaba la anatomía de Morgagni y de sus predecesores, por un principio de isomorfismo de los tejidos fundado en "la identidad simultánea de la conformación exterior, de la estructura, de las propiedades vitales y de las funciones".[11]

Dos percepciones estructuralmente muy distintas: Morgagni quiere percibir bajo la superficie corporal los espesores de los órganos cuyas figuras diversas especifican la enfermedad; Bichat quiere reducir los volúmenes orgánicos a grandes superficies homogé-

[9] *Ibid*, pp. 6-8.
[10] *Ibid.*, p. 2.
[11] *Ibid.*, p. 5.

neas de tejidos, a regiones de identidad donde las modificaciones secundarias encontrarán sus parentescos fundamentales, Bichat impone, en el *Traité des membranes,* una lectura diagonal del cuerpo que se hace de acuerdo con capas de parecidos anatómicos, que atraviesan los órganos, los envuelven, los dividen, los componen y los descomponen, los analizan y al mismo tiempo los *vinculan.* Se trata del mismo modo de percepción que el que la clínica tomó a la filosofía de Condillac: sacar a la luz un elemental que es al mismo tiempo un universal, y una lectura metódica que, al recorrer las formas de la descomposición, describe las leyes de la composición. Bichat es, en el sentido estricto, un analista: la reducción del *volumen* orgánico al espacio del tejido es probablemente de todas las aplicaciones del Análisis, la más cercana al modelo matemático que este se había dado. El ojo de Bichat es un ojo de clínico porque concede un privilegio epistemológico absoluto a la *mirada de superficie.*

El prestigio bien pronto adquirido por el *Traité des membranes,* toca paradójicamente a lo que lo separa, en lo esencial, de Morgagni, y lo sitúa en el campo del análisis clínico: análisis al cual aporta, no obstante, un entorpecimiento de sentidos.

Mirada de superficie, la de Bichat, no lo es exactamente en el sentido en que lo era la experiencia clínica. La región del tejido no es el lugar vacío y en sí mismo imperceptible en el cual los acontecimientos patológicos ofrecen presa a la percepción; es un segmento de espacio perceptible en el cual se pueden señalar los fenómenos de la enfermedad. En lo sucesivo la superficialidad toma cuerpo, gracias a Bichat, en las superficies reales de las membranas. Las capas de tejido forman el correlato perceptivo de esta mirada de superficie que definía la clínica. La

superficie, estructura del que mira, se ha convertido en rostro de lo mirado, por un desplazamiento realista en el cual va a encontrar su origen el positivismo médico.

De ahí el cariz que toma desde su punto de partida la anatomía patológica: el de un fundamento al fin objetivo, real e indudable de una descripción de enfermedades: "Una nosografía fundada en la afección de los órganos será necesariamente invariable."[12] En efecto, el análisis de los tejidos permite establecer, por encima de las reparticiones geográficas de Morgagni, formas patológicas generales; se verán dibujarse, a través del espacio orgánico, grandes familias de enfermedades que tienen los mismos síntomas decisivos y el mismo tipo de evolución. Todas las inflamaciones de las membranas serosas se reconocen por su condensación, por la desaparición de su transparencia, por su color blanquecino, por sus alteraciones granulosas, por las adherencias que forman con los tejidos adyacente. Y del mismo modo que las nosologías tradicionales comenzaban por una definición de las clases más generales, la anatomía patológica comenzará por "una historia de las alteraciones comunes a cada sistema", sean cuales fueren, el órgano, o la región afectados.[13] En el interior de cada sistema, será menester restituir en seguida el aspecto que toman, de acuerdo con el tejido, los fenómenos patológicos. La inflamación, que tiene la misma estructura en todas las membranas serosas, no ataca a todas con la misma facilidad y no se desarrolla en ellas con la misma rapidez: por orden decreciente de susceptibilidad, están la pleura, el peritoneo, el pericardio, la túnica vaginal y por último la aracnoides.[14] La presencia de tejidos de la misma textura a través del organismo permite leer de enfermedad en

[12] *Anatomie pathologique* (París, 1825), p. 3.
[13] *Anatomie générale* (París, 1801), t. I, prólogo, p. XCVII.
[14] *Anatomie pathologique*, p. 39.

enfermedad, parecidos, parentescos, es decir, todo un sistema de comunicaciones que está inscrito en la configuración profunda del cuerpo. Esta configuración, no local, está hecha de un empalme de generalidades concretas, de todo un sistema organizado de implicaciones. Tiene, en el fondo, la misma armazón lógica que el pensamiento nosológico. Y más allá de la clínica de la cual parte y que quiere fundar, Bichat no encuentra la geografía de los órganos, sino el orden de las clasificaciones. La anatomía patológica ha sido *ordinal* antes de ser *localizadora*.

Daba no obstante al análisis un valor nuevo y decisivo, mostrando, a la inversa de los médicos, que la enfermedad no es el objeto pasivo y confuso al cual es menester aplicarla sino en la medida en que es ya y por sí misma el sujeto activo que la ejerce implacablemente sobre el organismo. Si la enfermedad debe analizarse, es que es en sí misma análisis; y la descomposición ideológica no puede ser sino la repetición en la conciencia del médico de lo que ella castiga en el cuerpo del enfermo. Aunque Van Horne, en la segunda mitad del siglo XVII las haya distinguido, muchos autores, como Lieutaud, confundían aún la aracnoides y la piamadre. La alteración las separa claramente; bajo el efecto de la inflamación, la piamadre enrojece, mostrando que está toda ella tejida de canales; es entonces más dura y más seca; la aracnoides se vuelve de un blanco más denso, y se cubre de una exhudación viscosa, sólo ella puede contraer hidropesías.[15] En la totalidad orgánica del pulmón, la pleuresía no ataca sino la pleura, la peripneumonía, al parenquima; las toses catarrales, las membranas mucosas.[16] Dupuytren, ha mostrado que el efecto de las ligaduras no es homogéneo en todo el espesor del canal arterial: desde que se comprime, las túnicas medias, e internas ceden y se dividen; resiste sólo la

[15] *Traité des membranes*, pp. 213-264.
[16] *Anatomie pathologique*, p. 12.

túnica celulosa, la más exterior, no obstante, porque su estructura está más comprimida.[17] El principio de homogeneidad de los tejidos, que asegura los tipos patológicos generales, tiene como correlativo un principio de división real de los órganos bajo el efecto de las alteraciones mórbidas.

La anatomía de Bichat hace mucho más que dar un campo de aplicación objetiva a los métodos de análisis; hace del análisis un momento esencial del proceso patológico; lo realiza en el interior de la enfermedad, en la trama de su historia. Nada, en un sentido, está más alejado del nominalismo implícito del método clínico, al cual llevaba el análisis sino en las palabras, por lo menos en los segmentos de percepción siempre susceptibles de ser transcritos en un lenguaje; se trata ahora de un análisis comprometido en una serie de fenómenos reales y que actúa de modo que disocia la complejidad funcional en simplicidades anatómicas; libera los elementos que por haber sido aislados por *abstracción* no son por ello menos reales y concretos; en el corazón, hace aparecer el pericardio, en el cerebro la aracnoides, en el aparato intestinal las mucosas. La anatomía no ha podido ser patológica sino en la medida en que lo patológico anatomiza espontáneamente. La enfermedad, autopsia en la noche del cuerpo, disección en lo vivo.

El entusiasmo que Bichat y sus discípulos experimentaron en seguida por el descubrimiento de la anatomía patológica toma de ahí su sentido: no encontraban a Morgagni, más allá de Pinel, o de Cabanis; encontraban el análisis en el cuerpo mismo; sacaban a la luz, en la profundidad, cosas del orden den de las superficies; definían para la enfermedad un sistema de *clases analíticas* cuyo elemento de descomposición patológica era principio de generalización de las especies mórbidas. Se pasaba de una per-

[17] Citado en Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale* (París, 1820), t. I, p. 88.

cepción analítica a la percepción de los análisis reales. Y muy naturalmente Bichat ha reconocido en su descubrimiento un acontecimiento simétrico al de Lavoisier: "La química tiene sus cuerpos simples que forman por las combinaciones diversos, de las cuales son susceptibles, los cuerpos compuestos... Asimismo, la anatomía tiene sus tejidos simples que... por sus combinaciones forman los órganos."[18] El método de la nueva anatomía es, como el de la química, el análisis: pero un análisis desligado de su apoyo lingüístico, y que define la divisibilidad espacial de las cosas más que la sintaxis verbal de los acontecimientos y de los fenómenos.

De ahí, la paradójica reactivación del pensamiento clasificador, al comienzo del siglo XIX. Lejos de disipar el viejo proyecto nosológico, la anatomía patológica, que iba a tener razón algunos años más tarde, le da un nuevo vigor, en la medida en que parece aportarle un fundamento sólido: el análisis real según superficies perceptibles.

A menudo nos asombra que Bichat haya citado, al comienzo de su descubrimiento, un texto de Pinel —Pinel, que hasta el fin de su vida debía permanecer sordo a las lecciones esenciales de la anatomía patológica. En la primera edición de la *Nosographie,* Bichat había podido leer esta frase que fue para él como una revelación: "¿Qué importa que la aracnoides, la pleura y el peritoneo residan en diferentes regiones del cuerpo ya que estas membranas tienen conformidades generales de estructura? ¿No experimentan lesiones análogas en el estado de flegmasia?"[19] En ella había en efecto una de las primeras definiciones del principio de analogía, aplicado a la patología de los tejidos; pero la deuda de Bichat respecto de Pinel es más grande aún, ya que encontraba formuladas, pero no llenas, en la *Nosographie,* las exigen-

[18] *Anatomie générale,* t. I, p. LXXIX.
[19] Pinel, *Nosographie philosophique,* I, p. XXVIII.

cias a las cuales debía responder este principio de isomorfismo: un análisis con valor de clasificación que permite un ordenamiento general del cuadro nosológico. En el ordenamiento de las enfermedades, Bichat coloca primeramente las "alteraciones comunes a cada sistema", sean cuales fueren el órgano, o la región afectados; pero no atribuye esta forma general sino a las inflamaciones y a los cirros; las demás alteraciones son regionales, y deben estudiarse órgano por órgano.[20] La localización orgánica no interviene sino a título de método residual, allá donde no puede actuar la regla del isomorfismo de los tejidos; Morgagni, no es utilizado más que a falta de una lectura más adecuada de los fenómenos patológicos. Laënnec, estima que esta mejor lectura se hará posible con el tiempo: "Algún día se podrá probar que casi todas las formas de lesión pueden existir en todas las partes del cuerpo humano y que no presentan en cada una de ellas sino ligeras modificaciones."[21] El mismo Bichat no tiene quizá demasiada confianza en su descubrimiento destinado, no obstante, a "cambiar la faz de la anatomía patológica"; reservó, piensa Laënnec, una parte demasiado importante a la geografía de los órganos, a la cual basta recurrir para analizar los trastornos de forma y de posición (luxaciones, hernias), y los trastornos de nutrición, las atrofias e hipertrofias; puede ser que algún día se puedan considerar como de la misma familia patológica las hipertrofias del corazón y las del encéfalo. En cambio Laënnec analiza, sin límites regionales, los cuerpos extraños y sobre todo las alteraciones de textura, que tienen la misma tipología en todos los conjuntos de tejido: existen siempre ya sean soluciones de continuidad (llagas, fracturas), ya sean acumulaciones, o desbordamientos de líquidos naturales (tumores grasos,

[20] *Anatomie générale*, t. I, pp. XCVII-XCVIII.

[21] R. Laënnec, *Dictionnaire des sciences médicales*, artículo: "Anatomie pathologique" (II, p. 49).

o apoplejía), ya sean inflamaciones como en la neumonía, o la gastritis, ya sean, por último, desarrollos accidentales de tejidos que no existían antes de la enfermedad. Éste es el caso de los cirros y de los tubérculos.[22] En la época de Laënnec, Alibert, sobre el modelo de los químicos, intenta establecer una nomenclatura médica: las terminaciones en *osis* designan las formas generales de la alteración (gastrosis, leucosis, enterosis), en *itis* designan las irritaciones de los tejidos, en *rea,* los derrames, etc. Y sólo este proyecto de fijar un vocabulario meticuloso y analítico, confunde sin escándalo (porque aún era conceptualmente posible) los temas de una nosología de tipo botánico, los de la localización a la manera de Morgagni, los de la descripción clínica y los de la anatomía patológica: "Me valgo del método de los botánicos ya propuesto por Sauvages... Método que consiste en aproximar objetos que tienen afinidad y en apartar los que no tienen ninguna analogía. Para llegar a esta clasificación filosófica, para darle bases fijas e invariables, he agrupado las enfermedades según los órganos que son su sede especial. Se verá que era el único medio para encontrar los caracteres que tienen más valor para el médico clínico."[23]

¿Pero cómo es posible ajustar la percepción anatómica a la lectura de los síntomas? ¿Cómo un conjunto simultáneo de fenómenos espaciales podría fundar la coherencia de una serie temporal que le es, por definición, íntegramente anterior? Desde Sauvages hasta Double, la misma idea de un fundamento anatómico de la patología ha tenido sus adversarios, todos con-

[22] *Ibid.*, pp. 450-452.

[23] J.-L. Alibert, *Nosologie Naturelle* (París, 1817), advertencia, p. II. Cf. otras clasificaciones fundadas en la anatomía patológica en Marandel (*Essai sur les irritations,* París, 1807) o en Andral.

vencidos de que las lesiones visibles del cadáver no podían designar la esencia de la enfermedad invisible. ¿Cómo distinguir, en un conjunto complejo de lesiones, el *orden esencial* de la *serie de los efectos*? ¿Las adherencias del pulmón, en el cuerpo de un enfermo de pleuresía, son uno de los fenómenos de la enfermedad misma, o una consecuencia mecánica de la irritación?[24] La misma dificultad para situar *lo primitivo* y *lo derivado*: en un cirro del píloro se encuentran elementos cirrosos en el epiplón y el mesenterio; ¿dónde situar el hecho patológico primero? Por último, los signos anatómicos indican mal la intensidad del proceso mórbido: hay alteraciones orgánicas muy fuertes que no suponen sino ligeros desarreglos en la economía; pero no se supondría que un minúsculo tumor de cerebro pudiera acarrear la muerte.[25] No narrando jamás sino lo visible, y en la forma simple, final y abstracta de su coexistencia espacial, la anatomía no puede decir lo que es encadenamiento, proceso y texto legible en el orden del tiempo. Una clínica de los síntomas busca el cuerpo vivo de la enfermedad; la anatomía no le ofrece más que el cadáver.

Cadáver doblemente engañador ya que, a los fenómenos que la muerte interrumpe se añaden los que ésta provoca y deposita en los órganos según un tiempo que le es propio. Hay, por supuesto, los fenómenos de descomposición, difíciles de disociar de los que pertenecen al cuadro clínico de la gangrena, o de la fiebre pútrida; hay en cambio los fenómenos de receso o de desaparición: el enrojecimiento de las irritaciones desaparece muy pronto después de detenerse la circulación; esta interrupción de los movimientos naturales (pulsaciones del corazón, difusión de la linfa, respiración), determina efectos cuya división de

[24] F.-J. Double, *Séméiologie générale*, t. I, pp. 56-57.
[25] *Ibid.*, pp. 64-67.

los elementos mórbidos es difícil hacer: la obstrucción del cerebro y el reblandecimiento rápido que le sigue ¿son el efecto de una congestión patológica, o de una circulación interrumpida por la muerte? Por último, es menester quizá tener en cuenta lo que Hunter llamó el "estímulo de la muerte", y que desencadena el detenerse de la vida sin pertenecer a la enfermedad, de la cual, no obstante, depende.[26] En todo caso, los fenómenos de agotamiento que se producen al término de una enfermedad crónica (flaccidez muscular, disminución de la sensibilidad y de la conductibilidad) señalan más, una cierta relación de la vida con la muerte, que una estructura patológica definida.

Dos series de preguntas se plantean a una anatomía patológica que quiere fundar una nosología: una, concerniente a la coyuntura de un conjunto temporal de síntomas y de una coexistencia espacial de tejidos; otra, concerniente a la muerte y a la definición rigurosa de su relación con la vida y con la enfermedad. En su esfuerzo por resolver estos problemas, la anatomía de Bichat hace caer todas sus significaciones primitivas.

Para rechazar la primera serie de objeciones, ha parecido que no había necesidad de modificar la estructura misma de la mirada clínica: ¿No basta mirar a los muertos como se mira a los vivos? Y aplicar a los cadáveres el principio diacrítico de la observación médica: *No hay hecho patológico sino comparado.*

En el uso de este principio, Bichat y sus sucesores encuentran no sólo a Cabanis y a Pinel, sino a Morgagni, a Bonet y a Valsalva. Los primeros anatomistas sabían bien que era menester "ejercer la disección de cuerpos sanos", si se quería descifrar, en un cadáver, una enfermedad: ¿De qué modo, si no, distin-

[26] J. Hunter. *Oeuvres Complètes* (París, 1839), t. I, p. 262.

guir una enfermedad intestinal, de estas "concreciones poliposas" que produce la muerte o que aportan a veces las estaciones en los sanos? [27] Es menester también comparar los sujetos muertos de la misma enfermedad, admitiendo el viejo principio que formulaba el *Sepulchretum*; las alteraciones observadas en todos los cuerpos definen, si no la causa, por lo menos la sede de la enfermedad, y quizá su naturaleza; las que difieren de una autopsia a otra son del orden del efecto, de la simpatía, o de la complicación.[28]

Comparación por último entre lo que se ve de un órgano alterado, y lo que se sabe de su funcionamiento normal: es menester "comparar constantemente estos fenómenos sensibles y propios de la vida, de la salud de cada órgano, con los desarreglos que cada uno de ellos presenta en su lesión".[29]

Pero lo propio de la experiencia anatomoclínica es haber aplicado el principio diacrítico a una dimensión mucho más compleja y problemática: aquella en la cual vienen a articularse las formas reconocibles de la historia patológica y los elementos visibles que ésta deja aparecer una vez concluida. Corvisart sueña sustituir el viejo tratado de 1760 por un texto, libro primero y absoluto de la anatomía patológica, que tendría por título: *De sedibus et causis morborum per signa diagnostica investigatis et per anatomen confirmatis*.[30] Y esta coherencia anatomo-clínica que Corvisart percibe en el sentido de una confirmación de la nosología por la autopsia, la define Laënnec en dirección inversa: un remontarse de la lesión a los

[27] Morgagni, *Recherches anatomiques* (ed. de la *Encyclopédie des sciences médicales*, 7a. sección, t. VII), p. 17.

[28] Th. Bonet, *Sepulchretum* (Prefacio); este principio es recordado por Morgagni (*ibid.*, p. 18).

[29] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques, du cœur et des gros vaisseaux* (París, 3a.ed., 1818), Discurso preliminar, p. XII.

[30] Corvisart, *loc. cit.*, p. V.

síntomas que ella ha provocado: "La anatomía patológica es una ciencia que tiene por fin el conocimiento de las alteraciones visibles que el estado de enfermedad produce en los órganos del cuerpo humano. Abrir cadáveres es el medio de adquirir este conocimiento; pero para que éste sea de una utilidad directa... es menester unir a ello la observación de los síntomas, o de las alteraciones de funciones que coinciden con cada especie de alteraciones de órganos".[31] Es menester, por lo tanto, que la mirada médica recorra un camino que no le había sido abierto hasta entonces: vía vertical que va de la superficie sintomática a la superficie del tejido, vía en profundidad que se hunde de lo manifiesto hacia lo oculto, vía que es menester recorrer en los dos sentidos y continuamente si se quiere, de un término a otro, definir la red de las necesidades esenciales. La mirada médica que hemos visto posarse en regiones de dos dimensiones, la de los tejidos y la de los síntomas, deberá, para conciliarlos desplazarse a lo largo de una tercera dimensión. De este modo se definirá el volumen anatomoclínico.

La mirada se hunde en el campo que se ha dado la tarea de recorrer. La lectura clínica, bajo su forma pura, implicaba una soberanía del sujeto que descifra, que, más allá de lo que él deletreaba, daba orden, sintaxis y sentido.[32] El ojo médico, en la experiencia anatomo-clínica, no domina sino estructurando el mismo, en su profundidad esencial, el espacio que debe descubrir: entra en el volumen patológico, o más bien constituye lo patológico como volumen; es la profundidad espacialmente discursiva del mal. Lo que hace que el enfermo tenga un cuerpo espeso, consistente, espacioso, un cuerpo ancho y pesado, no es

[31] R. Laënnec, artículo "Anatomie pathologique", *Dictionnaire des sciences médicales*, t. II, p. 47.

[32] Cf. *supra*, cap. 7.

que haya un enfermo, es que hay un médico. Lo patológico, no forma un cuerpo con el cuerpo mismo sino por la fuerza, espacializante, de esta mirada profunda.

Es menester dejar a las fenomenologías el cuidado de describir en forma de encuentro, de distancia o de "comprensión", los avatares de la pareja médico-enfermo. Tomando las cosas en su severidad estructural, no ha habido ni matrimonio ni pareja; sino constitución de una experiencia, en la cual la mirada del médico se ha convertido en el elemento decisivo del espacio patológico y su armazón interna. Al nivel originario, se ha anudado la figura compleja que una psicología, incluso en profundidad, no es capaz de dominar; a partir de la anatomía patológica, el médico y el enfermo no son ya dos elementos correlativos y exteriores, como el sujeto y el objeto, lo que mira y lo mirado, el ojo y la superficie; su contacto no es posible sino sobre el fondo de una estructura en la cual lo médico y lo patológico se pertenecen, desde el interior, en la plenitud del organismo. El escalpelo no es sino el reluciente, metálico y provisional símbolo de esta pertenencia. No lleva ya este valor de fractura que el siglo XVIII resentía aún tan vivamente; medicina y cirugía no son ya sino una sola y única cosa, en el momento en que el desciframiento de los síntomas se ajusta a la lectura de las lesiones. El cadáver abierto y exteriorizado, es la verdad interior de la enfermedad, es la profundidad extendida de la relación médico-enfermo.

Es menester ahora entrar un poco en detalle y hacer el inventario de los momentos principales de esta nueva percepción.

Sustituye el método de *coincidencias,* por un análisis que se podría decir en *tablero,* o en *estratos.* Las repeticiones sintomáticas dejan a menudo mezclas de formas mórbidas cuya anatomía puede sola mostrar la diversidad. La sensación de ahogo, las palpitaciones

repentinas, sobre todo después de un esfuerzo, la respiración corta y difícil, los despertares con sobresaltos, una palidez caquéctica, un sentimiento de presión, o de constricción en la región precordial, de pesadez y de entorpecimiento en el brazo izquierdo significan de una manera masiva enfermedades del corazón, en las cuales sólo la anatomía puede distinguir la pericarditis (que afecta a las envolturas membranosas), el aneurisma (que afecta la sustancia muscular), las contracciones y los endurecimientos (en los cuales el corazón es afectado en sus partes tendinosas, o fibrosas).[33] La coincidencia, o por lo menos la sucesión regular del catarro y de la tisis, no prueba, a pesar de los nosógrafos, su identidad, ya que la autopsia muestra en un caso una afección de la membrana mucosa, en el otro, una alteración del parenquima que pueden ir hasta la ulceración.[34] Pero a la inversa, es menester reunir como perteneciente a la misma célula local la tuberculosis y la hemoptisis, entre las cuales una sintomatología como la de Sauvages no encontraba un vínculo de frecuencia suficiente para reunirlas. La coincidencia que define la identidad patológica no tendrá valor sino para una percepción localmente dividida.

Es decir, que la experiencia médica va a sustituir el *registro de las frecuencias,* por la *señal del punto fijo.* El curso sintomático de la tisis pulmonar ofrece la tos, la dificultad de respirar, el marasmo, la fiebre héctica, y a veces expectoraciones purulentas; pero ninguna de estas modificaciones visibles es absolutamente indispensable (hay tuberculosos que no tosen); y su orden de entrada en escena no es riguroso (la fiebre puede aparecer pronto, o no desencadenarse sino al término de la evolución). Un sólo fenómeno

[33] Corvisart, *loc. cit.*

[34] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (París, 1810).

es constante, condición necesaria y suficiente para que haya tisis: la lesión del parenquima pulmonar que, en la autopsia "se revela esparcido de más o menos, centros purulentos. En algunos casos, son tan numerosos que el pulmón no parece ser ya más que un tejido alveolar que los contiene. Estos centros están atravesados por un gran número de bridas; en las partes cercanas se encuentra un endurecimiento más o menos grande".[35] Por encima de este punto fijo, los síntomas se deslizan y desaparecen; el índice de probabilidad, en el cual la clínica los afectaba, se borra en provecho de una única implicación necesaria que es del orden, no de la frecuencia temporal, sino de la constancia local: "Es menester considerar como tísicos a individuos que no tienen ni fiebre, ni delgadez, ni expectoración purulenta; basta que los pulmones estén afectados por una lesión que tiende a desorganizarlos y a ulcerarlos; la tisis es esta misma lesión."[36]

Ligada a este punto fijo, la *serie cronológica* de los síntomas se ordena bajo la forma de fenómenos secundarios, en la *ramificación del espacio de la lesión* y en la lógica que le es propia. Estudiando el progreso, "curioso e inexplicable", de algunas fiebres, Petit compara sistemáticamente los cuadros de observación obtenidos en el curso de la enfermedad y el resultado de las autopsias: la sucesión de signos intestinales, gástricos, febriles, glandulares, incluso encefálicos, debe estar primitivamente vinculada en su totalidad a "alteraciones perfectamente semejantes del tubo intestinal". Se trata siempre de la región de la válvula íleo-cecal; ésta está cubierta de manchas vinosas, hinchadas, hacia el interior; y las glándulas del segmento mesentérico que le corresponden están engrosadas, de un rojo sombrío y azuloso, profunda-

[35] X. Bichat, *Anatomie pathologique*, p. 174.
[36] G.-L. Bayle, *loc. cit.*, pp. 8-9.

mente inyectadas y obstruidas. Si la enfermedad ha durado mucho tiempo, hay ulceración y destrucción del tejido intestinal. Se puede admitir entonces que se está en presencia de una acción deletérea en el canal digestivo, cuyas funciones son las primeras alteradas; este agente es "trasmitido por absorción a las glándulas del mesenterio, al sistema linfático" (de ahí el trastorno vegetativo), de ahí "a la universalidad del sistema", y singularmente a sus elementos encefálicos y nerviosos, lo que implica la somnolencia, el amodorramiento de las funciones sensoriales, el delirio y las fases de estado comatoso.[37] La sucesión de las formas y de los síntomas aparece entonces simplemente como la imagen cronológica de una red más compleja: Una floración espacio-temporal a partir de un ataque primitivo y a través de toda la vida orgánica.

El análisis de la percepción anatomoclínica saca a la luz tres referencias (de localización, de centro y de primitivismo), que modifican la lectura esencialmente temporal de la clínica. El cuadriculado orgánico que permite determinar puntos fijos pero arborescentes, no elimina el espesor de la historia patológica en provecho de la pura superficie anatómica; la introduce en el volumen específico del cuerpo, haciendo coincidir, por primera vez en el pensamiento médico, el tiempo mórbido y el recorrido señalable de las masas orgánicas. Entonces, pero solamente entonces, la anatomía patológica vuelve a encontrar los temas de Morgagni, y, más allá, de Bonet: un espacio orgánico autónomo, con sus dimensiones, sus caminos, sus articulaciones propias vienen a doblar el espacio natural o significativo de la nosología y exige que éste sea, en lo esencial, relacionado. Nacido del cuidado clínico de definir las *estructuras del paren-*

[37] M.-A. Petit, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* (París, 1813), sobre todo pp. XIX, XXX y pp. 132-141.

tesco patológico (véase el *Traité des membranes*), la nueva percepción médica se da al fin por tarea señalar las *figuras de la localización* (v. las investigaciones de Corvisart o de G.-L. Bayle). La noción de *sede* se sustituye definitivamente por la de *clase*: "¿Qué es la observación —preguntaba Bichat— si se ignora el lugar del mal?" [38] Y Bouillaud debía contestar: "Si hay un axioma en medicina, es esta afirmación de que no existe enfermedad sin sede. Si se admitía la opinión contraria, sería menester admitir también que existen funciones sin órganos, lo que es un palpable absurdo. La determinación de la sede de las enfermedades, o su localización, es una de las más grandes conquistas de la medicina moderna."[39] El análisis de los tejidos cuyo sentido originario era genérico no pudo dejar, por su propia estructura, de tomar muy pronto el valor de una regla de localización.

Morgagni, no obstante, no se había encontrado de nuevo sin una modificación decisiva. Él había asociado la noción de sede patológica a la de causa: *De Sedibus et causis...*; en la nueva anatomía patológica, la determinación de la sede no vale como asignación de causalidad: encontrar en las fiebres adinámicas lesiones ileocecales, no es enunciar su causa determinante; Petit pensará en un "agente del hetéreo", Broussais en una irritación. Poco importa: localizar, es sólo fijar un punto de partida espacial y temporal. Para Morgagni, la sede era el punto de inserción en el organismo de la cadena de causalidades; se identificaba con su último eslabón. Para Bichat y sus sucesores, la noción de sede está liberada de la problemática causal (y en esto ellos son herederos de los clínicos); ésta está dirigida hacia el futuro de la enfermedad más que hacia su pasado; la sede es el punto del cual irradia la organización patológica. No *causa última*, sino *centro primitivo*. En

[38] X. Bichat, *Anatomie générale*, t. I, p. XCIX.
[39] Bouillaud, *Philosophie médicale*, p. 259.

este sentido la fijación en un cadáver, de un segmento de espacio inmóvil puede resolver los problemas planteados por los desarrollos temporales de una enfermedad.

En el pensamiento médico del siglo XVIII, la muerte era a la vez el hecho absoluto y el más relativo de los fenómenos. Era el término de la vida y, asimismo, el de la enfermedad si estaba en su naturaleza ser fatal; a partir de ella, el límite se alcanzaba, la verdad se cumplía y por ello mismo se franqueaba: En la muerte, la enfermedad llegada al fin de su carrera, callaba y se convertía en algo de la memoria. Pero si llegaba en las huellas de la enfermedad a morder el cadáver, entonces ninguna prueba podía distinguir absolutamente lo que era de ella y lo que era de la muerte; sus signos se entrecruzaban en un indescifrable desorden. Aunque la muerte era este absoluto desorden, a partir del cual no hay ya ni vida ni enfermedad, sus desorganizaciones eran lo mismo que todos los fenómenos mórbidos. La experiencia clínica bajo su forma primera no volvía a poner en tela de juicio este ambiguo concepto de la muerte.

Técnica del cadáver, la anatomía patológica debe dar a esta noción un estatuto más riguroso, es decir, más instrumental. Este dominio conceptual de la muerte ha sido adquirido primeramente a un nivel muy elemental, por la organización de las clínicas. La posibilidad de abrir inmediatamente los cuerpos disminuyendo lo más posible el tiempo latente entre el deceso y la autopsia, ha permitido hacer coincidir, o casi, el último momento del tiempo patológico y el primero del tiempo cadavérico. Los efectos de la descomposición orgánica se suprimen casi por lo menos bajo su forma más manifiesta y más perturbadora; si bien el instante del deceso puede desempeñar el papel de una señal sin espesor, que vuelve a encontrar el

tiempo nosográfico, como el escalpelo el espacio orgánico. La muerte no es ya sino la línea vertical y absolutamente tenue que une cortándolas la serie de los síntomas y de las lesiones.

Por otra parte, Bichat, volviendo a tomar diferentes indicaciones de Hunter, se esfuerza por distinguir dos órdenes de fenómenos que la anatomía de Morgagni había confundido: las manifestaciones contemporáneas de la enfermedad y los antecedentes de la muerte. En efecto, no es necesario que una alteración remita a la enfermedad y a la estructura patológica; puede remitir a un proceso diferente, en parte autónomo y en parte dependiente, que anuncia el avance de la muerte. Así la flacidez muscular forma parte de la semiología de algunas parálisis de origen encefálico, o de una afección vital como la fiebre asmática; pero se la puede encontrar también en cualquier enfermedad crónica, o incluso en un episodio agudo siempre que sean el uno y la otra de duración bastante larga; se ven ejemplos de ella en las inflamaciones de la aracnoides, o en las últimas fases de la tisis. El fenómeno, que no tendría lugar sin la enfermedad, no es la enfermedad misma: dobla su duración con una evolución que no indica una figura de lo patológico, sino una proximidad de la muerte; designa, bajo el proceso mórbido, éste, asociado, pero diferente, a la "mortificación". Estos fenómenos, sin duda, no carecen de analogía, de contenido, con los "signos" fatales, o favorables, analizados tan a menudo desde Hipócrates. Por su estructura, no obstante, y su valor semántico, son muy diferentes: el signo remite a un resultado, anticipándose al tiempo, e indica la gravedad esencial de la enfermedad, o su gravedad accidental (se deba ésta a una complicación, o a un error terapéutico). Los fenómenos de muerte parcial, o progresiva, no anticipan ningún futuro: muestran un proceso en curso de realización; después de una apoplejía, la mayor parte de las funciones

animales son naturalmente suspendidas, y por consiguiente la muerte ha comenzado ya para ellas mientras que las funciones orgánicas continúan su vida propia.[40] Además, los grados de esta muerte móvil no siguen sólo, ni de ese modo, las formas nosológicas, sino más bien las líneas de facilitación propias al organismo; estos procesos no indican sino de una manera accesoria la fatalidad mortal de la enfermedad; hablan de la permeabilidad de la vida y de la muerte: cuando un estado patológico se prolonga, los primeros tejidos afectados por la mortificación son siempre aquellos en los cuales la nutrición es más activa (las mucosas); luego viene el parenquima de los órganos y en la fase última, los tendones y las aponeurosis.[41]

La muerte es por lo tanto múltiple y está dispersa en el tiempo: no es este punto absoluto y privilegiado, a partir del cual los tiempos se detienen para volverse; tiene como la enfermedad misma una presencia hormigueante que el análisis puede repartir en el tiempo y en el espacio; poco a poco, aquí o allá, cada uno de los nudos vienen a romperse, hasta que cesa la vida orgánica, por lo menos en sus formas más importantes, ya que durante mucho tiempo aun después de la muerte del individuo, muertes minúsculas y parciales vendrán a su vez a disociar los islotes de vida que se obstinan.[42] En la muerte natural, la vida animal se apaga la primera: extinción sensorial primeramente, entorpecimiento del cerebro, debilitamiento de la locomoción, rigidez de los músculos, disminución de su contractilidad, casi parálisis de los intestinos y por último inmovilización del corazón.[43] A este cuadro cronológico de las muertes sucesivas,

[40] X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (ed. Magendie), p. 251.
[41] X. Bichat, *Anatomie pathologique*, p. 7.
[42] X. Bichat, *Recherches physiologiques*, p. 242.
[43] *Ibid.*, pp. 234, 238.

es menester añadir el espacial, de las interacciones que desprenden, de un punto a otro del organismo, muertes en cadena; tienen tres centros esenciales: corazón, pulmones y cerebro. Se puede establecer que la muerte del corazón no acarrea la del cerebro por la vía nerviosa, sino por la red arterial (detenimiento del movimiento que mantiene la vida cerebral), o por la red vascular (detenimiento del movimiento, o por el contrario reflujo de sangre negra que obstruye el cerebro, lo comprime y le impide actuar). Se puede mostrar también cómo la muerte del pulmón acarrea la del corazón: sea porque la sangre ha encontrado en el pulmón un obstáculo mecánico para la circulación, sea porque al cesar de actuar el pulmón, las reacciones químicas no tienen ya alimento y la contracción del corazón se interrumpe.[44]

Los procesos de la muerte, que no se identifican ni a los de la vida, ni a los de la enfermedad, son de naturaleza que ilustra los fenómenos orgánicos y sus perturbaciones. La muerte lenta y natural del anciano toma en sentido inverso el desarrollo de la vida en el niño, en el embrión, acaso, incluso, en la planta: "El estado del animal, al cual la muerte natural va a anular, se aproxima a aquel en el cual se encontraba en el seno de su madre, e incluso a aquel del vegetal que no vive sino dentro de él, y para quien toda la naturaleza está en silencio."[45] Las envolturas sucesivas de la vida se desligan naturalmente, enunciando su autonomía y su verdad en lo mismo que las niega. El sistema de las dependencias funcionales y de las interacciones normales o patológicas se ilumina también con el análisis de estas muertes particulares: se puede reconocer que, si hay acción directa del pulmón sobre el corazón, éste no sufre sino indirectamente la influencia del cerebro: la

[44] *Ibid.*, pp. 253 y 538.
[45] *Ibid.*, p. 238.

apoplejía, la epilepsia, la necrosis, las conmociones cerebrales, no provocan ninguna modificación inmediata y correspondiente del corazón; sólo efectos secundarios podrán producirse por mediación de la parálisis muscular, de la interrupción de la respiración o de los trastornos circulatorios.[46] Así fijada, en sus mecanismos propios, la muerte, con su red orgánica, no puede ya ser confundida con la enfermedad, o sus huellas; puede por el contrario servir de punto de vista sobre lo patológico y permitir fijar sus formas, o sus etapas. Al estudiar las causas de la tisis, G.-L. Bayle no considera ya la muerte como una pantalla (funcional y temporal), que los separaba de la enfermedad, sino como una situación experimental espontánea que abre el acceso a la verdad misma de la enfermedad y a sus diferentes fases cronológicas. La muerte puede, en efecto, producirse a lo largo del calendario patológico, ya bajo el efecto de la enfermedad misma, ya a causa de una afección sobreañadida, ya, por último, por motivo de un accidente. Una vez conocidos y dominados los fenómenos invariables y las manifestaciones variables de la muerte, se puede reconstituir, gracias a esta apertura sobre el tiempo, la evolución de toda una serie mórbida. En la tisis, hay primeramente tubérculos firmes, homogéneos, blanquecinos; luego formaciones más blandas, que tienen en el centro un núcleo de materia purulenta que altera su color; por último un estado de supuración que provoca úlceras y una destrucción del parenquima pulmonar.[47] Sistematizando el mismo método, Laënnec ha podido mostrar, contra el mismo Bayle, que la melanosis no formaba un tipo patológico distinto, sino una fase posible de la evolución. El tiempo de la muerte puede deslizarse a lo largo de la evolución mórbida; y como esta muerte

[46] *Ibid.*, p. 480, 500.

[47] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, pp. 21-24.

ha perdido su carácter opaco, se convierte, paradójicamente y por su efecto de interrupción temporal, en el instrumento que permite integrar la duración de la enfermedad en el espacio inmóvil de un cuerpo recortado.

La vida, la enfermedad y la muerte constituyen ahora una trinidad técnica y conceptual. La vieja continuidad de las obsesiones milenarias que colocaban en la vida la amenaza de la enfermedad, y en la enfermedad la presencia aproximada de la muerte, está rota: en su lugar, se articula una figura triangular, cuya cumbre superior está definida por la muerte. Desde lo alto de la muerte se pueden ver y analizar las dependencias orgánicas y las secuencias patológicas. En lugar de ser lo que había sido durante tanto tiempo, esta noche en la cual se borra la vida, en la cual se confunde la enfermedad misma, está dotada, en lo sucesivo, de este gran poder de iluminación que domina y saca a la luz a la vez el espacio del organismo y el tiempo de la enfermedad... El privilegio de su intemporalidad, que es tan viejo sin duda como el conocimiento de su inminencia, por primera vez se vuelve instrumento técnico que da presa sobre la verdad de la vida y la naturaleza de su mal. La muerte es la gran analista que muestra las conexiones desplegándolas, y hace estallar las maravillas de la génesis en el rigor de la descomposición: y es menester dejar a la palabra *descomposición* caer en la pesadez de su sentido. El análisis, filosofía de los elementos y de sus leyes, encuentra en la muerte lo que en vano había buscado en las matemáticas, en la química, en el lenguaje mismo: un modelo insuperable, y prescrito por la naturaleza; sobre este gran ejemplo, va a apoyarse en lo sucesivo la mirada médica. No es ya la de un ojo vivo; sino la mirada de un ojo que ha visto la muerte. Gran ojo blanco que desata la vida.

Habría mucho que decir sobre el "vitalismo" de

Bichat. Es verdad que al tratar de cercar el carácter singular del fenómeno vivo, Bichat vinculaba a su especificación el riesgo de la enfermedad: un cuerpo simplemente físico no puede desviarse de su tipo natural.[48] Pero esto no impide que el análisis de la enfermedad no pueda hacerse sino desde el punto de vista de la muerte —de esta muerte a la cual la vida se resiste por definición. Bichat ha dado un carácter relativo al concepto de muerte, haciéndolo decaer de este absoluto, en el cual aparecía como un acontecimiento que no se puede cortar, decisivo e irrecuperable: lo ha volatilizado y repartido en la vida, bajo la forma de muertes particulares, muertes parciales, progresivas y tan lentas como para concluirse más allá de la muerte misma. Pero con este hecho, él formaba una estructura esencial del pensamiento y de la percepción médicos; es a lo que se *opone* la vida y a lo que se *expone;* es aquello por relación a lo cual ella es viva *oposición,* por lo tanto *vida;* aquello con relación a lo cual ella está analíticamente *expuesta,* por lo tanto *verdad.* Magendie y antes que él Buisson, iban al fondo del problema, pero como biólogos, cuando criticaban la definición de la vida por la cual se abren las *Recherches physiologiques*: "idea falsa ya que morir significa en todas las lenguas dejar de vivir y que desde entonces la pretendida definición se reduce a este círculo vicioso: la vida es el conjunto de funciones que se resisten a la ausencia de vida".[49] Pero Bichat había partido de una experiencia primera de anatomopatólogo, que había constituido él mismo: experiencia en la cual la muerte era la única posibilidad de dar a la vida una verdad positiva. La irreductibilidad de lo vivo en lo mecánico, o en lo

[48] Cf. G. Canguilhem, *La connaissance de la vie* (París, 1952), p. 195.

[49] F. R. Buisson, *De la division la plus naturelle des phénomènes physiologiques* (París, 1802), p. 57. Cf. También Magendie, n. 1 de la p. 2 de su edición de *Recherches physiologiques.*

químico, no es sino secundario con relación a este vínculo fundamental de la vida y de la muerte. El vitalismo aparecía sobre el fondo de este "mortalismo".

El camino recorrido es inmenso desde el momento, próximo no obstante, en el cual Cabanis asignaba al saber de la vida el mismo origen y el mismo fundamento que a la vida misma: "La naturaleza ha querido que la fuente de nuestros conocimientos fuera la misma que la de la vida. Es menester recibir impresiones para vivir; es menester recibir impresiones para conocer; y como la necesidad de estudiar está siempre en razón directa de su acción sobre nosotros, se sigue que nuestros medios de instrucción son siempre proporcionales a nuestras necesidades".[50] Para Cabanis como para el siglo XVIII y para toda una tradición que era familiar ya en el Renacimiento, el conocimiento de la vida se apoyaba de pleno derecho en la esencia de lo vivo, ya que no era ésta sino una manifestación de ello. Por eso no se trataba jamás de pensar en la enfermedad sino a partir de lo vivo, o de sus modelos (mecánicos) y de lo que los constituían (humorales, químicos); el vitalismo y el antivitalismo nacen, el uno y el otro, de esta anterioridad fundamental de la vida en la experiencia de la enfermedad. Con Bichat, el conocimiento de la vida encuentra su origen en la destrucción de la vida, y en su extremo opuesto; la enfermedad y la vida dicen su verdad a la muerte: verdad específica, irreductible, protegida con todas las asimilaciones de lo inorgánico por el círculo de la muerte que las designa por lo que éstas son. Cabanis, que hundía tan lejos la vida en la profundidad de los orígenes, era naturalmente más mecánico que Bichat que sólo la pensaba en su relación con la muerte. Desde el comienzo

[50] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine* (3ª ed., París, 1819), pp. 76-77.

del Renacimiento hasta fines del siglo XVIII, el saber de la vida era tomado en el círculo de la vida que se repliega sobre sí misma y se observa; a partir de Bichat se ha desplazado con relación a la vida, y separado de ella por el infranqueable límite de la muerte, en el espejo de la cual la mira.

Sin duda era una tarea bien difícil y paradójica para la mirada médica operar tal conversión. Una propensión inmemorial, tan antigua como el miedo de los hombres, volvía los ojos de los médicos hacia la iluminación de la enfermedad, hacia la curación, hacia la vida: no podía tratarse sino de restaurarla. La muerte permanecía, a espaldas del médico como la gran amenaza sombría en la cual se abolían su saber y su habilidad; era el riesgo no sólo de la vida y de la enfermedad sino del saber que las interrogaba. Con Bichat, la mirada médica giraba sobre sí misma y pedía a la muerte cuenta de la vida y de la enfermedad, a su inmovilidad definitiva de sus tiempos y de sus movimientos. ¿No era menester que la medicina desviara su más antiguo cuidado por leer, en lo que testimoniaba su fracaso, lo que debía fundar su verdad?

Pero Bichat ha hecho más que liberar a la medicina del miedo de la muerte. Ha integrado esta muerte en un conjunto técnico y conceptual, en la cual ella toma sus caracteres específicos y su valor fundamental de experiencia. Aunque la gran ruptura en la historia de la medicina occidental data precisamente del momento en que la experiencia clínica se ha convertido en la mirada anatomoclínica, *La médecine clinique* de Pinel data de 1802; *Les revolutions de la médecine* aparecen en 1804; las reglas del análisis parecen triunfar en el puro desciframiento de los conjuntos sintomáticos. Pero un año antes, Bichat los había relegado ya a la historia: "Usted po-

dría tomar durante veinticinco años de la mañana a la noche notas en el lecho de los enfermos sobre las afecciones del corazón, los pulmones, de la víscera gástrica, y todo no será sino confusión en los síntomas que, no vinculándose a nada, le ofrecerán una serie de fenómenos incoherentes. Abrid algunos cadáveres: veréis desaparecer en seguida la oscuridad que la observación sola no había podido disipar".[51] La noche viva se disipa con la claridad de la muerte.

[51] X. Bichat, *Anatomie Générale*, prólogo, p. XCIX.

9

LO INVISIBLE VISIBLE

Vista desde la muerte, la enfermedad tiene una tierra, una patria que puede señalarse, un lugar subterráneo pero sólido, en el cual se anudan sus parentescos y sus consecuencias; los valores locales definen sus formas. A partir del cadáver se la percibe, paradójicamente, vivir. Con una vida que no es la de las viejas simpatías ni la de las leyes combinatorias de las complicaciones, sino que tiene sus figuras y sus leyes propias.

1. PRINCIPIO DE LA COMUNICACIÓN DE LOS TEJIDOS

Ya Roederer y Wagler habían definido el *morbus mucosus* como una inflamación susceptible de alcanzar la cara interna y externa del canal alimenticio en toda su extensión;[1] observación que generaliza Bichat. Un fenómeno patológico sigue en el organismo el camino privilegiado que prescribe la identidad de los tejidos. Cada tipo de membrana tiene modalidades patológicas que le son propias: "Ya que las enfermedades no son sino alteraciones de las propiedades vitales, y que cada tejido difiere de los demás en la relación de estas propiedades, es evidente que debe diferir también por sus enfermedades."[2] La aracnoides puede ser afectada por las mismas formas de hidropesía que la pleura del pulmón, o el peritoneo, ya

[1] Roederer y Wagler, *Tractatus de morbo mucoso* (Gotinga, 1783).

[2] X. Bichat, *Anatomie générale*, prefacio, t. I, p. LXXXV.

que se trata en unas y otras de membranas serosas. La red de las simpatías que no estaba fijada sino sobre parecidos sin sistema, comprobaciones empíricas, o una asignación conjetural de la red nerviosa, descansa ahora sobre una estricta analogía de estructura: cuando las envolturas del cerebro están inflamadas, la sensibilidad del ojo y del oído es exacerbada; en la operación del hidrocele por inyección, la irritación de la túnica vaginal provoca dolores en la región lumbar; una inflamación de la pleura intestinal puede provocar una afección cerebral por una "simpatía de tonicidad".[3] El avance patológico tiene ahora sus vías obligadas.

2. PRINCIPIO DE LA IMPERMEABILIDAD DE LOS TEJIDOS

Es el correlativo del precedente. Extendiéndose por capas, el proceso mórbido sigue horizontalmente un tejido sin penetrar verticalmente en los demás. El vómito simpático concierne al tejido fibroso, no a la membrana mucosa del estómago; las enfermedades del periostio son extrañas al hueso, y cuando hay catarro en los bronquios, la pleura permanece intacta. La unidad funcional de un órgano no basta para forzar la comunicación de un hecho patológico de un tejido a otro. En el hidrocele, el testículo permanece intacto en medio de la inflamación de la túnica que lo envuelve;[4] mientras que las afecciones de la pulpa cerebral son raras, las de la aracnoides son frecuentes, y de un tipo muy diferente de las que, por otra parte, afectan la piamadre. Cada estrato de tejido detenta y conserva sus caracteres patológicos individuales. La difusión mórbida concierne a las superficies isomorfas, no a la vecindad, o a la superposición.

[3] X. Bichat, *Traité des membranes*, ed. Magendie, pp. 122-123.

[4] *Ibid.*, p. 101.

3. PRINCIPIO DE LA PENETRACIÓN EN BARRENA

Sin volver a ponerlo en duda, este principio limita los dos precedentes. Compensa la regla de la homología por las de las influencias regionales, y la de la impermeabilidad admitiendo formas de penetración por capas. Puede ocurrir que una afección dure lo suficiente para impregnar los tejidos subyacentes o vecinos: Es lo que se produce en las enfermedades crónicas como el cáncer, donde todos los tejidos de un órgano son sucesivamente afectados y acaban "confundidos en una masa común".[5] Se producen también pasos menos fácilmente asignables: no por impregnación ni contacto sino por un doble movimiento que va de un tejido a otro, y de una estructura a un funcionamiento; la alteración de una membrana puede, sin ganar la vecina, impedir, de una manera más o menos completa, el cumplimiento de las funciones de ésta: las secreciones mucosas del estómago pueden estar perturbadas por la inflamación de sus tejidos fibrosos; y las funciones intelectuales pueden estar impedidas por lesiones de la aracnoides.[6] Las formas de penetración entre los tejidos pueden ser más complejas aún: la pericarditis, al afectar las envolturas membranosas del corazón provoca un trastorno de funcionamiento que acarrea la hipertrofia del órgano, y por consiguiente una modificación de su sustancia muscular.[7] La pleuresía no toca, en su origen, más que a la pleura del pulmón; pero ésta, bajo el efecto de la enfermedad, secreta un líquido albuminoso que, en los casos crónicos recubre todo el pulmón; éste se atrofia, su actividad disminuye hasta un detenimiento casi total del funcionamiento, y está éste entonces tan reducido en superficie y en

[5] X. Bichat, *Anatomie générale*, t. I, prefacio, p. XCI.

[6] *Ibid.*, p. XCII.

[7] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.*

volumen que se puede pensar en una destrucción de la mayor parte de sus tejidos.[8]

4. PRINCIPIO DE LA ESPECIFICACIÓN DE LA FORMA DE ATAQUE DE LOS TEJIDOS

Las alteraciones, cuya trayectoria y cuyo trabajo están determinados por los principios precedentes, señalan una tipología que no depende sólo del punto que atacan, sino de una naturaleza que les es propia. Bichat no había estado muy lejos en la descripción de estos diversos modos, ya que no había distinguido sino las inflamaciones y los cirros. Laënnec, lo hemos visto,[9] ha intentado una tipología general de las alteraciones (de textura, de forma, de nutrición, de posición, en fin, de las que se deben a la presencia de cuerpos extraños). Pero la noción misma de alteración de textura, es insuficiente para describir las diversas maneras en las cuales un tejido puede ser atacado en su constitución interna. Dupuitren propone distinguir las transformaciones de un tejido en otro y las producciones de nuevos tejidos. En un caso, el organismo produce un tejido que existe regularmente, pero que no se encuentra por lo común sino bajo otra localización: por ejemplo las osificaciones contra natura; se pueden enumerar producciones celulares, adiposas, fibrosas, cartilaginosas, óseas, serosas, sinoviales, mucosas; se trata en ellas de *aberraciones* de las leyes de la vida, no de *alteraciones*. En el caso, por el contrario, en que se crea un tejido nuevo, es que las leyes de la organización están perturbadas fundamentalmente; el tejido de la lesión se aparta de todo tejido existente en la naturaleza: la inflamación, los tubérculos, los cirros, el cáncer. Por último, articulando esta tipología en los principios de la lo-

[8] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, pp. 13-14.

[9] Cf. *supra*, p. 189.

calización de los tejidos, Dupuitren observa que cada membrana tiene un tipo privilegiado de alteración: los pólipos, por ejemplo, para las mucosas, y la hidropesía para las membranas serosas.[10] Aplicando este principio, es como Bayle ha podido seguir paso a paso la evolución de la tisis, reconocer la unidad de sus procesos, especificar sus formas, y distinguirla de las afecciones cuya sintomatología puede ser parecida, pero que responden a un tipo de alteración absolutamente diferente. La tisis se caracteriza por una "desorganización progresiva" del pulmón, que puede tomar una forma tuberculosa, ulcerosa, de cálculo, granulosa, con melanosis, o cancerosa; y no se la debe confundir, ni con la irritación de las mucosas (catarro), ni con la alteración de las secreciones serosas (pleuresía), ni sobre todo con una modificación que ataca también al pulmón mismo, pero bajo la forma de la inflamación: la peripneumonía crónica.[11]

5. PRINCIPIO DE LA ALTERACIÓN DE LA ALTERACIÓN

La regla precedente excluye de una manera general las afecciones diagonales que atraviesan diversos modos de ataques y los utilizan alternativamente. Hay, no obstante, efectos de facilitación que encadenan unos a otros los diferentes trastornos: la inflamación de los pulmones y el catarro no constituyen la tuberculosis; favorecen no obstante su desarrollo.[12] El carácter crónico, o por lo menos la extensión en el tiempo de un ataque, autoriza a veces a señalar una afección por otra. La congestión cerebral bajo la forma instantánea de una fluxión brusca, provoca una distensión de los canales (de ahí los vértigos, los desvanecimientos, las ilusiones de óptica, los zumbidos de

[10] Artículo "Anatomie pathologique" en *Bulletin de l'École de Médecine de Paris*, año XIII, 1er. año, pp. 16-18.
[11] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, p. 12.
[12] *Ibid.*, pp. 423-424.

oídos) o, si está concentrada en un punto, una ruptura de los canales con hemorragia y parálisis inmediata. Pero si la congestión se hace por invasión lenta, hay primeramente una infiltración sanguínea en la materia cerebral (acompañada de convulsiones y de dolores), un reblandecimiento correlativo de esta sustancia, que, por mezcla con la sangre, se altera en profundidad, se aglutina para formar islotes inertes (de ahí las parálisis); por último se produce una desorganización completa del sistema arteriovenoso en el parénquima cerebral y a menudo incluso en la aracnoides. Desde las primeras formas de reblandecimiento, se pueden comprobar difusiones serosas, además de una infiltración de pus que a veces se recoge en un absceso; a fin de cuentas la supuración y el reblandecimiento extremos de los canales, remplazan la irritación debida a su congestión y a su tensión demasiado fuerte.[13]

Estos principios definen las reglas del curso patológico y describen por adelantado los caminos posibles que deben seguir. Fijan la red de su espacio y de su desarrollo, haciendo aparecer en transparencia las nervaduras de la enfermedad. Ésta toma la figura de una gran vegetación orgánica, que tiene sus formas de crecimiento, su arraigamiento y sus regiones privilegiadas de crecimiento. Espacializados en el organismo, de acuerdo con líneas y regiones que les son propias, los fenómenos patológicos toman el aspecto de procesos vivos. De ahí dos consecuencias: la enfermedad está arraigada en la vida misma, nutriéndose de ella, y participando de este "comercio recíproco de acción donde todo se sucede, se encadena y se vincula".[14] No es ya un acontecimiento o una naturaleza importados del exterior; es la vida modificándose, en un funcionamiento desviado: "Todo fenómeno fisio-

[13] F. Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, I, p. 98-99.

[14] X. Bichat, *Anatomie générale*, t. IV, p. 591.

lógico se relaciona en último análisis con las propiedades de los cuerpos vivos considerados en su estado natural; todo fenómeno patológico deriva del aumento de éstos, de su disminución, y de su alteración."[15] La enfermedad es una desviación interior de la vida. Además, cada conjunto mórbido se organiza sobre el modelo de una individualidad viva: hay una vida de los tubérculos y de los cánceres; hay una vida de la inflamación; el viejo rectángulo que la calificaba (tumor, enrojecimiento, calor, dolor), es insuficiente para restituir su desarrollo a lo largo de las diversas estratificaciones orgánicas: en los capilares sanguíneos, pasa por la resolución, la gangrena, el endurecimiento, la supuración y el absceso; en los capilares blancos, la curva se extiende de la resolución, a la supuración blanca y tuberculosa, y de ahí a las úlceras corrosivas incurables.[16] Es menester por consiguiente sustituir la idea de una enfermedad que atacaría la vida, por la noción mucho más restringida de la *vida patológica*. Los fenómenos mórbidos deben comprenderse a partir del texto mismo de la vida, y no de una esencia nosológica: "Se han considerado las enfermedades como un desorden; no se ha visto en ellas una serie de fenómenos dependientes los unos de los otros y que tienden con la mayor frecuencia a un fin determinado: se ha olvidado completamente la vida patológica."

¿Desarrollo no caótico, al fin sabio de la enfermedad? Pero esto era algo adquirido y desde hacía mucho tiempo; la regularidad botánica, la constancia de las formas clínicas habían puesto orden, mucho antes de la nueva anatomía, en el mundo del mal. El hecho del ordenamiento no es nuevo, sino su modo y

[15] *Ibid.*, I, prefacio, p. VII.

[16] F.-J. Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques* (París, 1808), t. I, pp. 54-55.

su fundamento. Desde Sydenham y hasta Pinel, la enfermedad se originaba y adquiría un rostro en una estructura general de racionalidad en la cual se trataba de la *naturaleza* y del orden de las cosas. A partir de Bichat, el fenómeno patológico es percibido sobre el fondo de la *vida,* encontrándose vinculado de este modo a las formas concretas y obligadas que ésta toma en una individualidad orgánica. La vida, con sus márgenes finitas y definidas de variación, va a desempeñar en la anatomía patológica el papel que aseguraba, en la nosología, la noción amplia de naturaleza: ésta es el fondo inagotable pero cerrado en el cual encuentra la enfermedad los recursos ordenados de sus desórdenes. Cambio lejano, teórico, que modifica, y a largo plazo, un horizonte filosófico; pero ¿se puede decir que pesa enseguida sobre un mundo de percepción y sobre esta mirada que un médico posa sobre un enfermo?

Con un peso grave y decisivo sin duda. Los fenómenos de la enfermedad encuentran allá su soporte ontológico. Paradójicamente el "nominalismo" clínico dejaba flotar al límite de la mirada médica, en las fronteras grises de lo visible y de lo invisible, algo que era a la vez el todo de los fenómenos y su ley, su punto de recolección, pero también la regla estricta de su coherencia; la enfermedad no tenía verdad sino en los síntomas, pero ella era los síntomas dados en verdad. El descubrimiento de los procesos vitales como contenido de la enfermedad, permite darle un fundamento que no es ni lejano, ni abstracto: un fundamento tan próximo, como es posible, de lo que es manifiesto; la enfermedad no será ya sino la forma patológica de la vida. Las grandes esencias nosológicas, que planeaban por encima del orden de la vida y lo amenazaban, son ahora deformadas por él: la vida es lo inmediato, lo presente y lo perceptible *más allá* de la enfermedad; y ésta a su vez, reúne sus fenómenos en la forma mórbida de la vida.

¿Reactivación de una filosofía vitalista? Es verdad que el pensamiento de Bordeu, o de Barthez, era familiar a Bichat. Pero si el vitalismo es un esquema de interpretación específica de los fenómenos sanos, o mórbidos, del organismo, es un concepto demasiado endeble para dar cuenta del acontecimiento que fue el descubrimiento de la anatomía patológica. Bichat sólo volvió a tomar el tema de la especificación de lo vivo, para situar la vida a un nivel ontológico más profundo y más enterrado: es para él no un conjunto de caracteres que se distinguen de lo inorgánico, sino el fondo a partir del cual puede percibirse la oposición del organismo a lo no vivo, situado y cargado con todos los valores positivos de un conflicto. La vida no es la forma del organismo, sino el organismo la forma visible de la vida en su resistencia a lo que no vive y se opone a ella. Una discusión entre el vitalismo y el mecanicismo, como entre el humorismo y el solidismo, no tenía sentido, sino en la medida en la cual la naturaleza, fundamento ontológico demasiado amplio, dejaba lugar al juego de estos modelos interpretativos: el funcionamiento normal o anormal, no podía explicarse sino por referencia sea a una forma preexistente, sea a un tipo específico. Pero a partir del momento en el cual la vida no explica sólo una serie de figuras naturales, sino que vuelve a tomar únicamente por su cuenta el papel de fondo absoluto y reflejado que el siglo XVIII prestaba a la naturaleza, la idea misma de un vitalismo perdía su significación y lo esencial de su contenido. Al dar a la vida, y a la vida patológica, un estatuto tan fundamental, Bichat liberó la medicina del problema vitalista y de los que estaban en conexión con él. De aquí este sentimiento, que ha llevado a la reflexión teórica de la mayor parte de los médicos al comienzo del siglo XIX, de que se habían liberado al fin de los sistemas y de las especulaciones. Los clínicos, Cabanis, Pinel, sentían su método como la filosofía reali-

zada; [17] los anatomopatólogos descubren en el suyo una no filosofía, una filosofía abolida, que vencerían aprendiendo al fin a percibir: se trataba sólo de un desplazamiento en el fundamento ontológico sobre el que apoyaban su percepción. Tuvieron la impresión de una reducción teórica absoluta: efecto del milagro, debido sólo a una interpretación radical de la vida.

Situada a este nivel epistemológico, la vida no se distingue en lo sucesivo de lo inorgánico sino a un nivel superficial y en el orden de las consecuencias. Profundamente, está vinculada a la muerte, como a lo que amenaza positivamente y arriesga destruir su forma viva. En el siglo XVIII la enfermedad era a la vez de la naturaleza y de la contranaturaleza, ya que tenía una esencia ordenada pero que estaba en su esencia comprometer la vida natural. A partir de Bichat, la enfermedad va a desempeñar el mismo papel mixto, pero entre la vida y la muerte. Entendámonos: una experiencia similar, ni memoria conocía, y mucho antes de la anatomía patológica, del camino que va de la salud a la enfermedad, y de ella a la muerte. Pero esta relación jamás había sido pensada científicamente, ni estructurada en una percepción médica; adquiere a comienzos del siglo XIX una figura que se puede analizar en dos niveles. El que ya conocemos: la muerte, como punto de vista absoluto sobre la vida, y apertura (en todos los sentidos de la palabra, hasta el más técnico), sobre su verdad. Pero la muerte es también esto contra lo que la vida, en su ejercicio cotidiano viene a chocar; en ella, lo vivo se resuelve naturalmente: y la enfermedad pierde su viejo estatuto de accidente, para entrar en la dimensión interior, constante y móvil de la relación de la

[17] Cf. por ejemplo Pinel, *Nosographie philosophique*, introducción p. XI; o C.-L. Dumas, *Recueil de discours prononcés à la Faculté de Médecine de Montpellier* (Montpellier, 1820), pp. 22-23.

vida con la muerte. No es que el hombre muera porque ha caído enfermo; es, fundamentalmente, porque puede morir, por lo que llega el hombre a estar enfermo. Y bajo la relación cronológica vida-enfermedad-muerte, otra figura, anterior y más profunda se traza: la que une la vida y la muerte, para liberar además los signos de la enfermedad.

Más arriba, la muerte había aparecido como la portadora inmóvil de esta mirada que recoge, en una lectura de las superficies, el tiempo de los acontecimientos patológicos; era la condición, según la cual, la enfermedad alcanzaba al fin el discurso verdadero. Ahora aparecía como la fuente de la enfermedad en su ser mismo, esta posibilidad interior a la vida pero más fuerte que ella, que la hace gastarse, desviarse, y al fin desaparecer. La muerte, es la enfermedad hecha posible en la vida. Y si es verdad que para Bichat el fenómeno patológico está arraigado en el proceso fisiológico y deriva de él, esta derivación, en la separación que constituye y que denuncia el hecho mórbido, se funda sobre la muerte. La respiración en la vida es del orden de la vida, pero de una vida que va a la muerte.

De ahí la importancia adquirida, desde la aparición de la anatomía patológica, por el concepto de "degeneración". Noción ya antigua: Buffon la aplicaba a los individuos, o series de individuos que se apartan de su tipo específico; [18] los médicos la utilizaban también para designar este debilitamiento de la robusta humanidad natural, que la vida en sociedad, la civilización, las leyes y el lenguaje, condenan poco a poco a una vida de artificios y de enfermedades; degenerar era describir un movimiento de caída a partir de un estatuto de origen que figuraba por derecho de naturaleza en la cumbre de la jerarquía de las perfecciones y de los tiempos; en esta noción se

[18] Buffon, *Histoire naturelle, Oeuvres complètes* (París, 1848), t. III, p. 311.

recogía todo lo que lo histórico, lo atípico y lo que contranatura, podían suponer de negativo. Apoyada, a partir de Bichat, en una percepción de la muerte, al fin declarada en concepto, la degeneración recibirá poco a poco un contenido positivo. En la frontera de las dos significaciones, Corvisart define la enfermedad orgánica por el hecho de que "un órgano, o un sólido vivo cualquiera, está en su todo, o en una de sus partes bastante degenerado de su condición natural para que su acción fácil, regular y constante sea por ello lesionada, o alterada, de una manera sensible y permanente".[19] Definición amplia que envuelve toda forma posible de alteración anatómica y funcional; definición negativa aún, ya que la degeneración no es más que una distancia tomada con relación a un estado de naturaleza: definición que autoriza el primer movimiento de un análisis positivo, ya que Corvisart especifica las formas de éste en "alteraciones de contextura", modificaciones de simetría y cambios en "la manera de ser física y química".[20] La degeneración así comprendida, es la curva exterior en la cual vienen a alojarse, para sostenerla y dibujarla, los puntos singulares de los fenómenos patológicos; es, al mismo tiempo, el principio de lectura de su estructura fina.

En el interior de un cuadro tan general, el punto de aplicación del concepto ha sido discutido. En una memoria sobre las enfermedades orgánicas, Martin[21] opone a las formaciones de los tejidos (de un tipo conocido o nuevo), las degeneraciones propiamente dichas que modifican solamente la forma o la estructura interna del tejido. Cruveilhier, al criticar también un uso demasiado vago del término de degeneración, quiere reservarlo en cambio para esa actividad

[19] Corvisart, *Essai sur les maladies et lésions organiques du cœur*, pp. 636-637.

[20] *Ibid.*, p. 636, n. 1.

[21] Cf. *Bulletin des Sciences Médicales*, t. 5 (1810).

desordenada del organismo, que crea tejidos, sin análogo en el estado de salud; esos tejidos que presentan, en general, "una textura lardácea, grisácea", se encuentran en los tumores, en las masas irregulares formadas a expensas de los órganos, en las úlceras, o en las fístulas.[22] Para Laënnec, se puede hablar de degeneración en dos casos precisos: cuando un tejido se altera en otro que existe con una forma y una localización diferentes en el organismo (degeneración ósea de los cartílagos, grasosa del hígado); y cuando un tejido toma una textura y una configuración sin modelo preexistente (degeneración tuberculosa de las glándulas linfáticas o del parénquima pulmonar; degeneración cirrosa de los ovarios, o de los testículos).[23] Pero de todos modos, no se puede hablar de degeneración a propósito de una superposición patológica de tejidos; un engrosamiento aparente de la duramadre, no es siempre una osificación; en el examen anatómico es posible desprender, por una parte, la lama de la aracnoides y, por otra, la duramadre: aparece entonces un tejido que se ha dispuesto entre las membranas, pero que no es la evolución degenerada de una de ellas. No se hablará de degeneración, sino a propósito de un proceso que se desarrolla en el interior de la textura de los tejidos; es la dimensión patológica de su evolución propia. Un tejido degenera cuando está enfermo como tejido.

Esta enfermedad de los tejidos se puede caracterizar por tres indicios. No es simple caída, ni desviación libre: obedece a leyes: "La naturaleza está sujeta a reglas constantes en la construcción, como en la destrucción de los seres."[24] La legalidad orgánica no

[22] J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique* (París, 1816), t. I, pp. 75-76.

[23] R. Laënnec, artículo "Dégénération" del *Dictionnaire des sciences médicales* (1814), t. VIII, pp. 201-207.

[24] R. Laënnec, Introducción y primer capítulo del *Traité inédit d'anatomie pathologique* (p. 52).

es sólo, por consiguiente, un proceso precario y frágil; es una estructura reversible cuyos momentos trazan un camino obligado: "Los fenómenos de la vida siguen leyes hasta en sus alteraciones."[25] Camino jalonado por figuras cuyo nivel de organización es cada vez más débil; la morfología, la primera, se esfuma (osificaciones irregulares); luego las diferenciaciones intraorgánicas (cirrosis, hepatización del pulmón), por último la cohesión interna del tejido desaparece: cuando está inflamada, la membrana celular de las arterias "se deja dividir como el tocino",[26] y el tejido del hígado puede ser desgarrado sin esfuerzo. Al límite, la desorganización se convierte en autodestrucción, como en el caso de la degeneración tuberculosa, en la cual la ulceración de los núcleos provoca, no sólo la destrucción del parenquima, sino la de los tubérculos mismos. La degeneración no es, por lo tanto, una vuelta a lo inorgánico; o más bien no es esa vuelta, sino en la medida en que está infaliblemente orientada hacia la muerte. La desorganización que la caracteriza no es la de lo no orgánico, es la de lo no vivo, de la vida aboliéndose: "Debe llamarse tisis pulmonar a toda lesión del pulmón que, entregada a sí misma, produce una desorganización progresiva de esta víscera, como consecuencia de la cual sobrevienen su alteración y por último la muerte."[27] Por ello hay una forma de degeneración que acompaña constantemente a la vida y define, todo a lo largo de ella, su comparación con la muerte: "Es una idea en la cual la mayor parte de los autores no se ha dignado detenerse, la de la alteración y la lesión de las partes de nuestros órganos por el hecho mismo de su ac-

[25] Dupuytren, *Dissertation inaugurale sur quelques points d'anatomie* (París, año XII), p. 21.

[26] Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*, I, pp. 88-89.

[27] Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, p. 5.

ción."[28] La usura es una dimensión temporal imborrable de la actividad orgánica: mide el trabajo sordo que desorganiza los tejidos, por el hecho simple de que estos aseguran sus funciones, y de que encuentran "una multitud de agentes exteriores", capaces de "superar sus resistencias". La muerte, poco a poco, desde el primer momento de la acción y en la primera comparación con el exterior, comienza a trazar su inminencia: no se insinúa sólo bajo la forma del accidente posible; forma con la vida, sus movimientos y su tiempo, la trama única que a la vez la constituye enteramente y la destruye.

La degeneración, es al comienzo mismo de la vida, la necesidad de la muerte que es indisociable de ella, y la posibilidad más general de la enfermedad. Concepto cuyo vínculo estructural con el método anatomopatológico aparece ahora con toda claridad. En la percepción anatómica, la muerte era el punto de partida desde lo alto del cual la enfermedad se abría sobre la verdad; la trinidad vida-enfermedad-muerte se articulaba en un triángulo, cuyo ápice culminaba en la muerte; la percepción no podía aprehender en una unidad la vida y la muerte, sino en la medida en que situara la muerte en su propia mirada. Y ahora, en las estructuras percibidas, se puede volver a encontrar la misma configuración, pero invertida en el espejo: la vida con su duración real, la enfermedad como posibilidad de desviación encontrando su origen en el punto profundamente oculto de la muerte; ella dirige, desde abajo, su existencia. La muerte que, en la mirada anatómica, decía retroactivamente la verdad de la enfermedad, hace posible por adelantado su forma real.

Durante milenios, la medicina había buscado qué modo de articulación podría definir las relaciones de

[28] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*, Disc. Prel., p. XVII.

la enfermedad y de la vida. Sólo la intervención de un tercer término pudo dar al encuentro de ambas, a su vez coexistencia a sus interferencias, una forma que fue fundada a la vez en posibilidad conceptual y en la plenitud percibida; este tercer término, es la muerte. A partir de ella, la enfermedad toma cuerpo en un espacio que coincide con el del organismo; sigue las líneas suyas y la corta; se organiza según su geometría general; se desvía también hacia sus singularidades. A partir del momento en el cual la muerte ha sido aprehendida en un organón técnico y conceptual, la enfermedad ha podido ser a la vez espacializada e individualizada. Espacio e individuo, dos estructuras asociadas, que derivan necesariamente de una percepción portadora de muerte.

En su ser profundo, la enfermedad sigue los oscuros, pero necesarios, caminos de las reacciones de los tejidos. ¿Pero qué es ahora su cuerpo visible, ese conjunto de fenómenos sin secreto que la hacían enteramente leíble para la mirada de los clínicos: es decir reconocible por sus signos, pero descifrable también en los síntomas cuya totalidad definía sin residuo su esencia? Todo este lenguaje ¿no corre el riesgo de ser aligerado de su peso específico, y reducido a una serie de acontecimientos de superficie, sin estructura gramatical ni necesidad semántica? Asignando a la enfermedad sordos caminos en el mundo cerrado de los cuerpos, la anatomía patológica atenúa la importancia de los síntomas clínicos y sustituye una metodología de lo visible, por una experiencia más compleja en la cual, la verdad no sale de su inaccesible reserva sino por el paso a lo inerte, a la violencia del cadáver recortado y con él a formas cuya significación viva se borra, en provecho de una geometría masiva.

Nueva transformación de relaciones entre signos

y síntomas. En la medicina clínica, bajo su forma primera, el signo no era por naturaleza diferente de los síntomas.[29] Toda manifestación de la enfermedad podía tomar valor de signo sin modificación esencial, a condición de que una lectura médica informada fuera capaz de situarla en la totalidad cronológica del mal. Todo síntoma era signo en potencia, y el signo no era otra cosa que un síntoma leído. Ahora bien, en una percepción anatomoclínica, el síntoma puede perfectamente permanecer mudo, y el núcleo significativo, del cual se le creía armado, rebelarse inexistente. ¿Qué síntoma visible puede indicar, sin duda, la tisis pulmonar? Ni la dificultad para respirar, que se podía encontrar en un caso de catarro crónico, y no encontrarse en un tuberculoso; ni la tos, que pertenece también a la peripneumonía, pero no siempre a la tisis; ni la fiebre héctica, frecuente en la pleuresía, pero que se declara a menudo de modo tardío en los tísicos.[30] El mutismo de los síntomas puede ser rodeado, pero no vencido. El signo desempeña precisamente este papel de vuelta: no es el síntoma que habla, sino lo que sustituye a la ausencia fundamental de palabra en el síntoma. Bayle, en 1810, había sido obligado a recusar sucesivamente todas las indicaciones semiológicas de la tisis: ninguna era evidente, ni cierta: nueve años más tarde, auscultando un enfermo que creía afectado de un catarro pulmonar asociado a una fiebre biliosa, Laënnec tiene la impresión de oir a la voz salir directamente del pecho, y de una pequeña superficie de alrededor de una pulgada cuadrada. Quizá había allí el efecto de una lesión pulmonar, de una especie de abertura en el cuerpo del pulmón. Encuentra el mismo fenómeno en una veintena de tísicos; luego lo distingue de un fenómeno muy próximo, que se puede comprobar en

[29] Cf. *supra*, p. 92.

[30] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, pp. 5-14.

los pleuréticos; la voz parece salir igualmente del pecho, pero es más aguda que lo natural; parece argentina y trémula.[31] Laënnec postula la "pectoriloquia", como el único signo patognomónico de la difusión pleurética. Se ve que, en la experiencia anatomoclínica, el signo tiene una estructura enteramente diferente de la que le había prestado, apenas algunos años antes, el método clínico. En la percepción de Zimmermann, o de Pinel, el signo era tanto más elocuente, o más seguro, cuanto más superficie tenía en las manifestaciones de la enfermedad: así la fiebre era el síntoma decisivo y por consiguiente el más seguro y el más cercano a lo esencial, por el cual se podía reconocer esa serie de enfermedades, que llevaban justamente el nombre de "fiebre". Para Laënnec, el valor del signo no tiene ya relación con la extensión sintomática; su carácter marginal, restringido, casi imperceptible, le permite atravesar, como al sesgo, el cuerpo visible de la enfermedad (compuesto de elementos generales e inciertos) y alcanzar de una vez la naturaleza. Por el mismo hecho, se despoja de la estructura estadística que tenía en la percepción clínica pura: para que pueda producir una certeza, un signo debe formar parte de una serie convergente; y era la configuración aleatoria del conjunto lo que llevaba la verdad; el signo, ahora, habla solo, y lo que pronuncia es apodíctico: la tos, la fiebre crónica, el debilitamiento, las espectoraciones, la hemoptisis, hacen cada vez más probable, pero, a fin de cuentas, jamás enteramente cierta, la tisis; la pectoriloquia, únicamente la designa sin error posible. Por último, el signo clínico remitía a la enfermedad misma; el signo anatomoclínico a la lesión; y si algunas alteraciones de los tejidos son comunes a varias enfermedades, el signo que las haya puesto en

[31] Laënnec, *Traité de l'auscultation médiate* (París, 1819), t. I.

evidencia no podrá decir nada sobre la naturaleza del trastorno: se puede comprobar una hepatización del pulmón, pero el signo que la indique no dirá a qué enfermedad se debe.[32] El signo no puede, por lo tanto, sino remitir a una actualidad de la lesión, y jamás a su esencia patológica.

La percepción significativa es por lo tanto estructuralmente distinta en el mundo de la clínica tal como ha existido bajo su primera forma, y tal como ha sido modificada por el método anatómico. Esta diferencia es sensible hasta en la manera en que se tomó el pulso antes y después de Bichat. Para Menuret, el pulso es signo porque es síntoma, es decir, en la medida en que es manifestación natural de la enfermedad y en la cual comunica por derecho propio con su esencia. De este modo un pulso "pleno, fuerte, palpitante", indica plétora de sangre, vigor de las pulsaciones, obstrucción del sistema vascular, que deja prever una hemorragia violenta. El pulso, "toca por sus causas a la constitución de la máquina, a la más importante y a la más extensa de sus funciones; por sus caracteres, hábilmente aprehendidos y desarrollados, pone al descubierto todo el interior del hombre"; gracias a él, "el médico participa de la ciencia del ser supremo".[33] Al distinguir las pulsaciones capitales, pectorales y ventrales, Bordeu no modifica la forma de percepción del pulso. Se trata siempre de leer un cierto estado patológico en el curso de su evolución y de prever su desarrollo con la mejor de las probabilidades; así el pulso pectoral simple es flojo, pleno, dilatado; las pulsaciones son iguales, pero ondulantes, formando una especie de doble honda "con una facilidad, una blandura y una dulce fuerza de oscilación, que no permite confundir esta

[32] A.-F. Chomel, *Eléments de pathologie générale* (París, 1817), pp. 522-523.

[33] Menuret, *Nouveau traité du pouls* (Amsterdam, 1768), pp. IX-X.

especie de pulso con las demás".[34] Es el anuncio de una evacuación en la región del pecho. Corvisart, por el contrario, al tomar el pulso de su enfermo, no es el síntoma de una afección lo que interroga, sino el signo de una lesión. El pulso no tiene ya valor expresivo en sus cualidades de blandura, o de plenitud; pero la experiencia anatomoclínica ha permitido establecer el cuadro de correspondencias biunívocas entre el aspecto de las pulsaciones y cada tipo de lesión: el pulso es fuerte, duro, vibrante, frecuente en los aneurismas activos sin complicación; blando, lento, regular, fácil de sofocar en los aneurismas pasivos simples; irregular, desigual, ondulante, en los encogimientos permanentes; intermitente, irregular por intervalos en los encogimientos momentáneos; débil y apenas sensible en los endurecimientos, las osificaciones, el debilitamiento; rápido, frecuente, desordenado y como convulsivo, en caso de ruptura de uno o varios haces carnosos.[35] No se trata ya de una ciencia análoga a la del Ser Supremo, y conforme a las leyes de los movimientos naturales, sino de la formulación de cierto número de percepciones de señales. El signo no habla ya el lenguaje natural de la enfermedad; no toma forma y valor sino en el interior de las interrogaciones planteadas por la investigación médica. Nada impide por lo tanto que sea solicitado y casi fabricado por ella. No es ya lo que, de la enfermedad, se enuncia espontáneamente, sino el punto de encuentro provocado entre los gestos de la búsqueda y el organismo enfermo. Así se explica que Corvisart haya podido reactivar, sin mayor problema teórico, el descubrimiento, relativamente antiguo y enteramente olvidado, de Auenbrugger. Este descubrimiento se apoyaba en conocimientos patoló-

[34] Bordeu, *Recherches sur le pouls* (París, 1771), t. I, pp. 30-31.

[35] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur*, pp. 397-398.

gicos bien adquiridos: la disminución del volumen de aire contenido por la cavidad torácica en muchas afecciones pulmonares; se explicaba por un dato de la experiencia simple; la percusión de un tonel, cuando el sonido se vuelve hueco, indica a qué altura está lleno; por último, se justificaba por una experimentación sobre el cadáver: "Si en un cuerpo cualquiera la cavidad sonora del tórax se llena de un líquido por medio de una inyección, entonces el sonido, del lado del pecho que se haya llenado, se hará obscuro en la altura que alcance el líquido inyectado".[36]

Era normal que la medicina clínica, a fines del siglo XVIII, dejara en la sombra esta técnica que hacía surgir artificiosamente un signo donde no había síntoma, y solicitaba una respuesta cuando la enfermedad no hablaba de sí misma: clínica que esperaba tanto en su lectura como en su terapéutica. Pero a partir del momento en el cual la anatomía patológica prescribe a la clínica interrogar al cuerpo en su espesor orgánico, y hace aflorar a la superficie lo que sólo estaba dado en capas profundas, la idea de un artificio técnico capaz de sorprender la lesión, vuelve a convertirse en una idea científicamente fundada. La vuelta a Auenbrugger se explica en la misma reorganización de las estructuras que la vuelta a Morgagni. La percusión no se justifica más que si la enfermedad está hecha de una trama de síntomas; se hace necesaria, si el enfermo no es casi otra cosa que un cadáver inyectado, tonel lleno a medias.

Establecer estos signos, artificiales o naturales, es arrojar sobre el cuerpo vivo toda una red de señales anatomopatológicas: dibujar en puntillado la autopsia futura. El problema es por lo tanto hacer aflorar a la superficie, lo que se escalona en profundidad;

[36] Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine* (trad. Corvisart, París, 1808), p. 70.

la semiología no será ya una *lectura*, sino ese conjunto de técnicas que permite constituir una *anatomía patológica proyectora*. La mirada del médico se dirigirá sobre una continuación y sobre una región de acontecimientos patológicos; debía ser sincrónica y diacrónica a la vez, pero de todas maneras estaba colocada en una obediencia temporal; *analizaba una serie*. La mirada del anatomoclínico deberá *señalar un volumen*; tendrá que vérselas con la complejidad de datos espaciales, que por primera vez en medicina son tridimensionales. Mientras que la experiencia clínica implicaba la constitución *de una trama mixta de lo visible y de lo legible*, la nueva semiología exige una especie de *triangulación sensorial* a la cual deben colaborar atlas diversos, y hasta entonces excluidos de las técnicas médicas: el oído y el tacto, vienen a añadirse a la vista.

Desde hace decenas de siglos, los médicos, ante todo, probaban las orinas. Muy tarde, se han puesto a tocar, a golpear, a escuchar. ¿Prohibiciones morales, al fin levantadas por los progresos de las Luces? Se comprendería mal, si tal fuera la explicación, que Corvisart, bajo el imperio, haya reinventado la percusión, y que Laënnec, bajo la restauración, haya inclinado el oído, por primera vez, hacia el pecho de las mujeres. El obstáculo moral no fue experimentado sino una vez constituida la necesidad epistemológica; la necesidad científica sacó a la luz la prohibición como tal; el saber inventa el secreto. Zimmermann deseaba, para conocer la fuerza de la circulación, que "los médicos tuvieran la enfermedad de hacer sus observaciones a este respecto llevando inmediatamente la mano sobre el corazón"; pero comprueba que "nuestras costumbres delicadas nos lo impiden, sobre todo con las mujeres".[37] Double, en 1811, critica este falso pudor", y esta "excesiva

[37] Zimmermann, *Traité de l'expérience médicale*, II, p. 8.

contención", no porque estime permisible una práctica semejante sin reserva alguna; sino porque "esta exploración que se hace muy exactamente por encima de la camisa, puede realizarse con toda la decencia posible".[38] La pantalla moral, cuya necesidad es reconocida, va a convertirse en mediación técnica. La *libido sciendi,* reforzada con la prohibición que ha provocado y descubierto, lo desvía haciéndola más imperiosa; le da justificaciones científicas y sociales, la inscribe en la necesidad, para mejor fingir de borrarla de la ética, y construye sobre ella la estructura que la atraviesa ahora. No es ya el pudor el que impide el contacto, sino la suciedad y la miseria; no ya la inocencia, sino la desgracia de los cuerpos. Inmediata, la auscultación es tan "incómoda para el médico como para el enfermo; sólo el disgusto la hace casi impracticable en los hospitales; apenas puede proponerse en la mayor parte de las mujeres, y en algunas incluso el volumen de los senos es un obstáculo físico para lo que se puede emplear". El estetoscopio mide una prohibición transformada en disgusto, y un impedimento material: "Fui consultado en 1816 por una persona joven que presentaba síntomas de enfermedad de corazón y en la cual la aplicación de la mano y la percusión daban pocos resultados por causa de su robustez. La edad y el sexo de la enferma me impedían el tipo de examen de que acabo de hablar (la aplicación del oído a la región precordial), recordé un fenómeno de acústica muy común: si se aplica el oído a la extremidad de una viga se oye con mucha claridad un golpe de alfiler dado en la otra punta".[39] El estetoscopio, distancia solidificada, trasmite acontecimientos profundos, e invisibles, a lo largo de un eje medio táctil, medio auditivo. La mediación instrumental en el exterior del

[38] F.-J. Double, *Séméiologie générale.*

[39] R. Laënnec, *Traité de l'auscultation médiate,* t. I, pp. 7-8.

cuerpo autoriza un retroceso que mide una distancia moral; la prohibición de un contacto físico permite fijar la imagen virtual de lo que ocurre lejos y por debajo de la región visible. La lejanía del pudor es, para lo oculto, una pantalla de proyección. Lo que no *puede* verse, se muestra en la distancia de lo que no se *debe* ver. La mirada médica, así armada, envuelve, más que dice, la palabra única de "mirada". Comprime en una estructura única campos sensoriales diferentes. La trinidad vista-tacto-oído define una configuración perceptiva, en la cual el mal inaccesible es acorralado por señales, medido en profundidad, sacado a la superficie y poryectado virtualmente sobre los órganos dispersos del cadáver. El "vistazo", se ha convertido en una organización compleja para los fines de asignación espacial de lo invisible. Cada órgano de los sentidos recibe una función intrumental parcial. Y el ojo no tiene sin duda la más importante; la vista, ¿qué puede cubrir sino "el tejido de la piel y el principio de las membranas"? El tacto, permite señalar los tumores viscerales, las masas cirróticas, las inflamaciones del ovario, las dilataciones del corazón; en cuanto al oído, percibe "la crepitación de los fragmentos óseos, los zumbidos del aneurisma, los sonidos más o menos claros del tórax y del abdomen cuando se percuten"; [40] la mirada médica estará dotada en lo sucesivo de una estructura plurisensorial. Mirada que toca, oye y, además, no por esencia o necesidad, ve. Una vez no hace costumbre; citaré un historiador de la medicina: "Tan pronto como con el oído o con el dedo, se pueda reconocer en lo vivo lo que rebela la disección en el cadáver, la descripción de las enfermedades y por consiguiente la terapéutica, entrarán en una vía enteramente nueva." [41]

[40] A.-F. Chomel, *Eléments de pathologie générale* (Paris, 1817), pp. 30-31.

[41] Ch. Daremberg, *Histoire des sciences médicales* (Paris, 1870), II, p. 1066.

No hay que dejar escapar lo esencial. Las dimensiones táctil y auditiva no han venido pura y simplemente a añadirse al dominio de la visión. La triangulación sensorial indispensable para la percepción anatomoclínica, permanece bajo el signo dominante de lo visible; primeramente, porque esta percepción multisensorial no es más que una manera de anticiparse a ese triunfo de la mirada que será la autopsia; el oído y la mano no son más que órganos provisionales que remplazan, esperando que la muerte conceda a la verdad la presencia luminosa de lo visible; se trata de un señalar en la *vida,* es decir, en la *noche,* para indicar lo que serán las cosas en la claridad blanca de la muerte. Y sobre todo, las alteraciones descubiertas por la anatomía conciernen "a la forma, a la grandeza, a la posición y a la dirección", de los órganos, o de sus tejidos: [42] es decir, datos espaciales que señalan por el derecho de origen de la mirada. Cuando Laënnec habla de las alteraciones de estructura, no se trata jamás de lo que está más allá de lo visible, ni incluso de lo que sería sensible a un tacto delicado, sino de soluciones de continuidad, de acumulaciones de líquidos, de crecimientos anormales, o de inflamaciones señaladas por la hinchazón del tejido, o su enrojecimiento.[43] De todos modos, el límite absoluto, el fondo de la exploración perceptiva están trazados siempre por el plano claro de una visibilidad por lo menos virtual. "Es una imagen que ellos se pintan —dice Bichat hablando de los anatomistas— más que las cosas que aprenden. Deben ver más que meditar."[44] Cuando Corvisart oye un corazón que funciona mal, Laënnec una voz aguda que tiembla,

[42] X. Bichat, "Essai sur Desault", en *Oeuvres chirurgicales de Desault* (1798), I, pp. 10 y 11.

[43] Laënnec, *Dictionnaire des sciences médicales,* t. II, artículo "Anatomie pathologique", p. 52.

[44] X. Bichat, "Essai sur Desault" en *Oeuvres chirurgicales de Desault,* I, p. 11.

es una hipertrofia, es una difusión lo que ven, de esta mirada que acosa secretamente su audición y, más allá de ella, la anima.

En esta forma la mirada médica, después del descubrimiento de la anatomía patológica se encuentra desdoblada: hay una mirada local y circunscrita, la mirada limítrofe del tocar y de la audición, que no recubre sino uno de los campos sensoriales, y no aflora sino en las superficies visibles. Pero hay una mirada absoluta, absolutamente integrante, que domina y funda todas las experiencias perceptivas. Es la que estructura en una unidad soberana, lo que señala en un nivel más bajo que el ojo, que el oído y que el tacto. Cuando el médico observa, todos sus sentidos abiertos, otro ojo se posa sobre la visibilidad fundamental de las cosas y, a través del dato transparente de la vida, con la cual los sentidos particulares se ven obligados a desviarse, se dirige sin astucia ni rodeo a la clara solidez de la muerte.

La estructura, a la vez perceptiva y epistemológica que gobierna la anatomía clínica y toda la medicina que deriva de ella, es la de la *invisible visibilidad*. La verdad que, por derecho propio, está hecha para el ojo, le es arrebatada, pero subrepticiamente apenas señalada por lo que trata de evitarla. El saber se *desarrolla* según todo un juego de *envolturas*; el elemento oculto toma la forma y el ritmo del contenido oculto, que hace que sea de la misma naturaleza del *velo* para ser *transparente*: [45] el fin de los anatomistas "es alcanzado cuando las opacas envolturas que cubren nuestras partes no son ya, a sus ojos ejercitados, sino un velo transparente que deja al descubierto el conjunto y las relaciones".[46] Los sentidos

[45] Esta estructura no data del comienzo del siglo XIX; en su silueta general, domina las formas del saber y del erotismo en Europa desde mediados del siglo XVIII, y prevalece hasta fines del siglo XIX. Trataremos de estudiarla más tarde.

[46] X. Bichat, "Essai sur Desault", en *Oeuvres chirurgicales de Desault*, I, p. 11.

particulares acechan a través de estas envolturas, tratan de rodearla y de levantarlas; su alegre curiosidad inventa mil modos, hasta servirse impúdicamente (testimonio el estetoscopio) del pudor. Pero el ojo absoluto del saber ha confiscado y vuelto a tomar en su geometría de líneas, de superficies y de volúmenes, las voces roncas o agudas, los silbidos, las palpitaciones, las pieles ásperas y tiernas, los gritos. Soberanía de lo visible. Y tanto más imperiosa como se asocia el poder de la muerte. Lo que oculta y envuelve, el telón de noche sobre la verdad, es paradójicamente la vida; y la muerte, por el contrario, abre para la luz del día el negro cofre de los cuerpos: oscura vida, muerte limpia, los más antiguos valores imaginarios del mundo occidental se cruzan allí en extraño contrasentido, que es el sentido mismo de la anatomía patológica, si se conviene en tratarla como un hecho de civilización del mismo orden, y, por qué no, de la transformación de una cultura que incinera, en cultura que inhuma. La medicina del siglo XIX ha estado obsesionada por este ojo absoluto que da carácter de cadáver a la vida, y vuelve a encontrar en el cadáver la endeble nervadura rota de la vida.

En otro tiempo, los médicos se comunicaban con la muerte por el gran mito de la inmortalidad, o por lo menos de los límites de la existencia poco a poco apartados.[47] Ahora, estos hombres que velan por la vida de los hombres, se comunican con la muerte bajo la forma sutil y rigurosa de la mirada.

Esta proyección del mal sobre el plano de la absoluta visibilidad otorga a la experiencia médica un fondo opaco más allá del cual no le es ya posible prolongarse. Lo que no está en la escala de la mirada cae fuera del dominio del saber posible. De ahí el

[47] Cf. todavía a fines del siglo XVIII un texto como el de Hufeland, *Makrobiotik oder der Kunst das Leben zu verlängern* (Jena, 1796).

rechazo de un cierto número de técnicas científicas que, no obstante, utilizaban los médicos en el curso fe los años precedentes. Bichat rechaza incluso el uso del microscopio: "Cuando se mira en la oscuridad cada uno ve a su manera."[48] El único tipo de visibilidad reconocido por la anatomía patológica es el que está definido por la mirada cotidiana: Una visibilidad de derecho que envuelve, en una invisibilidad provisional, una opaca transparencia, y no "como la investigación microscópica" una invisibilidad de naturaleza que fuerza para un tiempo, una técnica de la mirada artificialmente multiplicada. De una manera que nos parece extraña, pero que es estructuralmente necesaria, el análisis de los tejidos patológicos prescindió, durante años de instrumentos, incluso de los más antiguos de la óptica.

Más significativo aún es el rechazo de la clínica. El análisis, a la manera de Lavoisier, sirvió de modelo epistemológico a la nueva anatomía,[49] pero no funcionó como prolongación técnica de su mirada. En la medicina del siglo XVIII, las ideas experimentales eran numerosas; cuando se quería saber en qué consistía la fiebre inflamatoria, se hacían análisis de sangre: se comparaba el peso medio de la masa coagulada y el de la "linfa que se separa de ellas"; se hacían destilaciones y se medían las masas de sal fija y volátil, de aceite y tierra, encontradas en un enfermo y en un sujeto sano.[50] A principios del siglo XIX este aparato experimental desaparece, y el único problema técnico que se plantea es saber si al abrir el cadáver el enfermo afectado de fiebre inflamatoria tendrá, o no, alteraciones visibles. "Para caracterizar una lesión mórbida —explica Laënnec— basta común-

[48] X. Bichat, *Traité des membranes* (París, año VIII), p. 321.

[49] Cf. *supra*, cap. 8.

[50] Experimentos de Langrish y Tabor citados por Sauvages, *Nosologie méthodique*, t. II, pp. 331-333.

mente describir sus caracteres físicos, o sensibles, e indicar la marcha que ésta sigue en su desarrollo y sus conclusiones"; a lo más se pueden utilizar algunos "reactivos químicos" con la condición de que sean muy simples y destinados sólo a "hacer resurgir algunos caracteres físicos": Así se puede calentar un hígado, o verter un ácido sobre una degeneración en la que se ignora si es grasa, o albuminoidea.[51]

La mirada, para ella sola, domina todo el campo del saber posible; la intervención de las técnicas que plantean problemas de medida, de sustancia, de composición, al nivel de las estructuras invisibles es puesta fuera de circuito. El análisis no se hace en el sentido de una profundización indefinida hacia las configuraciones más finas, y hasta las de lo inorgánico; en esta dirección, choca muy pronto con el límite absoluto que le prescribe la mirada, y de allí, tomando la perpendicular, se desliza lateralmente hacia la diferenciación de las cualidades individuales. Sobre la línea en la cual lo visible está próximo a resolverse en lo invisible, sobre esta cúspide de su desvanecimiento, las singularidades vienen a contar. Un discurso sobre el individuo es de nuevo posible, o más bien necesario, porque es la única manera para la mirada de no renunciar a sí misma, de no abolirse en las figuras de experimentos donde estaría desarmada. El principio de la visibilidad tiene por correlativo, el de la lectura diferencial de los casos.

Lectura cuyo proceso es muy diferente de la experiencia clínica bajo su forma primera. El método analítico consideraba el "caso" en su función única de soporte semántico; las formas de la coexistencia, o de la serie, en las cuales era tomado, permitían anular lo que podía comportar de accidental, o de variable; su estructura legible no aparecía sino en la

[51] R. Laënnec, introducción y capítulo I del *Traité inédit d'anatomie pathologique* (publicado por V. Cornil, París, 1884), pp. 16-17.

neutralización de lo que no era lo esencial. La clínica era ciencia de los casos en la medida en que procedía inicialmente al afelpamiento de las individualidades. En el método anatómico, la percepción individual está dada al término de una cuadrícula espacial cuya estructura más fina constituye la más diferenciada y, paradójicamente, la más abierta a lo accidental siendo la más explicativa. Laënnec, observa una mujer que presenta síntomas característicos de una afección cardiaca: rostro pálido e hinchado, labios violeta, extremidades inferiores infiltradas, respiración corta, acelerada, jadeante, quintas de tos, acostarse en supinación imposible. La apertura del cadáver muestra una tisis pulmonar con cavidades concretas y tubérculos amarillos en el centro, grises y transparentes en la circunferencia. El corazón estaba en un estado más o menos natural (a excepción de la aurícula derecha fuertemente dilatada). Pero el pulmón izquierdo se adhería a la pleura por una ligadura celulosa y ofrecía en ese sitio estrías irregulares y convergentes; la parte superior del pulmón presentaba hojas muy largas y entrecruzadas.[52] Esta modalidad particular de la lesión tuberculosa manifestaba respiración difícil, un poco sofocante, alteraciones circulatorias, que daban al cuadro clínico un aspecto netamente cardiaco. El método anatomoclínico integra, por primera vez, en la estructura de la enfermedad, la constante posibilidad de una modulación individual. Esta posibilidad existía, sin duda, en la medicina interior: pero estaba pensada bajo la forma abstracta del temperamento del sujeto, o de las influencias debidas al medio, o de intervenciones terapéuticas, encargadas de modificar desde el exterior un tipo patológico. En la percepción anatómica, la enfermedad nunca está dada sino con un cierto "movimiento"; tiene, desde el comienzo, una latitud de inserción, de progreso,

[52] R. Laënnec, *De l'auscultation médiate*, t. I, pp. 72-76.

de intensidad, de aceleración que dibuja su figura individual. No es una desviación sobreañadida a la desviación patológica; la enfermedad es en sí misma desviación perpetua en el interior de su naturaleza esencialmente desviante. No hay sino enfermedad individual: no porque el individuo reacciona sobre su propia enfermedad, sino porque la acción de la enfermedad se desenvuelve, por derecho propio, en la forma de la individualidad.

De ahí, la flexión nueva dada al lenguaje médico. No se trata ya por una correspondencia biunívoca, de promover lo visible en legible, y de hacerlo pasar a lo significativo por la universalidad de un lenguaje codificado, sino de abrir por el contrario las palabras a un cierto refinamiento cualitativo, cada vez más concreto, más individual, más modelado; importancia del color, de la consistencia, del "grano", preferencia atribuida a la metáfora sobre la medida (grande como..., de la talla de...); apreciación de la facilidad, o de la dificultad en operaciones simples (desgarrar, aplastar, prensar); valor de las cualidades intersensoriales (liso, untuoso, abollado); comparaciones empíricas y referencias a lo cotidiano, o a lo normal (más ahondado que en el estado natural, sensación intermedia "entre la de una vejiga húmeda llena de aire hasta la mitad, que se oprime entre los dedos y la crepitación natural de un tejido pulmonar en el estado sano").[53] No se trata ya de poner en correlación un sector perceptivo y un elemento semántico, sino de desviar enteramente el lenguaje hacia esta región en lo cual lo percibido, en su singularidad, corre el riesgo de escapar a la forma de la palabra y de llegar a ser al fin imperceptible a fuerza de no poder ser dicho. Mientras que *descubrir* no será *leer*, bajo un desorden, una coherencia esencial, sino llevar algo más lejos la línea de espuma del lenguaje, hacerle

[53] *Ibid.*, p. 249.

morder esta región de arena que está aún abierta a la claridad de la percepción, pero que no lo está ya a la palabra familiar. Introducir el lenguaje en esa penumbra, en la cual la mirada no tiene ya palabras. Trabajo duro y cumplido; trabajo que *hace ver,* como Laënnec hizo ver con claridad, fuera de la masa confusa de los cirros, el primer hígado cirrótico de la historia de la percepción médica. La extraordinaria belleza formal del texto lee, en un sólo movimiento, la labor inferior de un lenguaje que persigue la percepción de toda la fuerza de su búsqueda estilística, y la conquista de una individualidad patológica hasta entonces no percibida: "El hígado reducido a un tercio de su volumen se encontraba, por así decir, oculto en la región que ocupa; su superficie externa ligeramente cubierta de protuberancias y seca, ofrecía un color gris amarillento; inciso, parecía enteramente compuesto de una multitud de pequeños granos de forma redonda, u ovoidal cuyo grosor variaba desde el de un grano de mijo, hasta el de un grano de cañamón. Estos granos, fáciles de separar los unos de los otros, no dejaban entre ellos casi ningún intervalo en el cual se pudiera distinguir aún algún resto de tejido propio del hígado; su color era leonado, o de un amarillo rojizo, tirando en algunos lugares al verdoso; su tejido, muy húmedo, opaco, era al tacto flojo más que blando, y al oprimir los granos entre los dedos, no se aplastaba más que una pequeña parte; el resto ofrecía al tacto la sensación de un pedazo de cuero blando".[54]

La figura de lo invisible visible organiza la percepción anatomopatológica. Pero se la ve, de acuerdo con una estructura reversible. Se trata del *visible* al que la individualidad viva, el cruzamiento de los síntomas la profundidad orgánica hacen invisible de hecho y por un tiempo, antes de la repetición soberana de

[54] *Ibid.,* p. 368.

la mirada anatómica. Pero se trata también de ese *invisible* de las modulaciones individuales, cuyo esclarecimiento parecía imposible incluso a un clínico como Cabanis,[55] y que el esfuerzo de un lenguaje incisivo, paciente y roedor, ofrece al fin a la claridad común de lo que es *visible* para todos. El lenguaje y la muerte han representado en cada nivel de esta experiencia, y según todo su espesor, para ofrecer al fin a una percepción científica, lo que para ella había sido durante mucho tiempo lo invisible visible —prohibición, e inminente secreto: el saber del individuo.

El individuo, no es la forma inicial y la más aguda en la cual se presenta la vida. No está entregado al saber sino al término de un largo movimiento de espacialización cuyos instrumentos decisivos han sido un cierto uso del lenguaje y una difícil concepción de la muerte. Bergson, está estrictamente en un contrasentido cuando busca en el tiempo y contra el espacio, en una aprehensión de lo interior y muda, en una loca cabalgata hacia la inmortalidad, las condiciones según las cuales es posible pensar la individualidad viva. Bichat, un siglo antes, daba una lección más severa. La vieja ley aristotélica, que prohibía sobre el individuo el discurso científico, ha sido apartada cuando, en el lenguaje, la muerte ha encontrado el lugar de su concepto: el espacio ha abierto entonces a la mirada la forma diferenciada del individuo.

De acuerdo con el orden de las correspondencias históricas, esta introducción de la muerte en el saber, se prolonga lejos: el fin del siglo XVIII vuelve a sacar a la luz un tema que, desde el Renacimiento, había permanecido en la sombra. Ver en la vida la muerte, en su cambio la inmovilidad, bajo su sonrisa el es-

[55] Cf. *supra*.

pacio esquelético y fijo, y, al término de su tiempo, el comienzo de un tiempo trastornado que hormiguea de innumerables vidas, es la estructura de una experiencia barroca cuya reaparición atestigua el siglo pasado, cuatrocientos años después de los frescos del Campo Santo. Bichat, en definitiva, ¿no es el contemporáneo de aquel que hizo entrar de golpe, en el más decisivo de los lenguajes, el erotismo y su inevitable punzada, la muerte? Una vez más, el saber y el erotismo denuncian, en esta coincidencia, su profundo parentesco. En todos los últimos años del siglo XVIII, esta pertenencia abre la muerte a la tarea y a los principios infinitos del lenguaje. El siglo XIX hablará con obstinación de la muerte; muerte salvaje y castrada de Goya, muerte visible, musculosa, escultural y ofrecida en Géricault, muerte voluptuosa de los incendios en Delacroix, muerte lamartiniana de las efusiones acuáticas, muerte de Baudelaire. Conocer la vida sólo está dado a este saber burlón, reductor, y ya infernal que la desea muerta. La mirada que envuelve, acaricia, detalla, anatomiza la carne más individual, y señala sus secretos mordiscos, es esta mirada fija, atenta, un poco dilatada, que desde lo alto de la muerte ha condenado ya la vida.

Pero la percepción de la muerte en la vida no tiene la misma función en el siglo XIX que en el Renacimiento. Tenía entonces significaciones reductoras: la diferencia de destino, de fortuna, de condiciones, estaba borrada por su gesto universal; atraía irevocablemente a cada uno hacia todos; las danzas de los esqueltos figuraban, a la inversa de la vida, especies de saturnales igualitarias; la muerte, infaliblemente, compensaba la suerte. Ahora es constitutiva por el contrario de singularidad; en ella se reúne el individuo, escapando a las vidas monótonas y su nivelación; en el acercamiento lento, subterráneo a medias pero visible de la muerte, la sorda vida común se convierte al fin en individualidad; un cerco negro

la aísla y le da el estilo de su verdad. De ahí la importancia de lo mórbido. Lo *macabro* implicaba una percepción homogénea de la muerte, una vez franqueado su umbral. Lo *mórbido,* autoriza una percepción sutil de la manera en la cual la vida encuentra en la muerte su figura más diferenciada. Lo morboso, es la forma *rarificada* de la vida; en el sentido de que la existencia se agota, se extenúa en el vacío de la muerte; pero asimismo en este otro sentido, de que toma en ella su volumen extraño, irreductible a las conformidades y a los hábitos, a las necesidades recibidas; un volumen *singular,* que define su absoluta rareza. Privilegio del tísico: en otro tiempo se contraía la lepra sobre el fondo de los grandes castigos colectivos; el hombre del siglo XIX se vuelve pulmonar al completar, en esta fiebre que apresura las cosas y las traiciona, su incomunicable secreto. Por eso las enfermedades de pecho son exactamente de la misma naturaleza que las del amor: son la pasión, vida a la cual la muerte da un rostro que no cambia.

La muerte ha abandonado su viejo cielo trágico; hela aquí convertida en el núcleo lírico del hombre: su invisible verdad, su visible secreto.

10

LAS CRISIS DE LAS FIEBRES

Captíulo en el cual se tratará del último proceso por el cual la percepción anatomoclínica encuentra la forma de su equilibrio. Capítulo que sería largo si nos dejáramos ganar por el detalle de los acontecimientos: durante casi veinticinco años (de 1808, fecha en que apareció la *Histoire des phlegmasies chroniques,* hasta 1832 en que las discusiones sobre el cólera toman la primacía), la teoría de las fiebres esenciales y su crítica, por Broussais, ocupan una superficie considerable en la investigación médica; más considerable, sin duda, que lo que habría debido permitir un problema muy pronto ordenado al nivel de la observación; pero tantas polémicas, tal dificultad para entenderse cuando se estaba de acuerdo sobre los hechos, un uso tan amplio de argumentos extraños al dominio de la patología, todo esto indica un emparejamiento esencial, el último de los conflictos (el más violento y el más enredado), entre dos tipos incompatibles de experiencia médica.

El método constituido por Bichat y sus primeros sucesores dejaba abiertas dos series de problemas.

Los primeros tocaban al ser mismo de la enfermedad y a su relación con los fenómenos de las lesiones. Cuando se comprueba un derrame seroso, un hígado degenerado, un pulmón lagunar, ¿es la pleuresía, la cirrosis, la tisis lo que se ve, hasta su fondo patológico? ¿Es la lesión la forma originaria y tridimensional de la enfermedad, de la cual el ser sería así de naturaleza espacial —o bien se la debe situar

en seguida más allá, en la región de las causas próximas, o inmediatamente más acá, como la primera manifestación visible de un proceso que permanecía oculto? Se ve claramente —pero después— la respuesta que prescribe la lógica de la percepción anatomoclínica: para los que se ejercitaban en esta percepción, por primera vez en la historia de la medicina, las cosas no eran tan claras. M. A. Petit, que fundaba toda su concepción de la fiebre entero-mesentérica en observaciones de anatomía patológica, piensa no haber descubierto, en las lesiones intestinales que acompañan a algunas fiebres llamadas adinámicas, o atáxicas, la esencia misma de la enfermedad, ni su insuperable verdad; se trata sólo de su "sede", y esta determinación geográfica es menos importante para el conocimiento médico que "el conjunto general de síntomas que distinguen las enfermedades las unas de las otras y hacen conocer su verdadero carácter": es en este punto, donde la terapéutica se extravía, cuando se detienen en las lesiones intestinales, en vez de seguir las indicaciones de la sintomatología que reclama tónicos.[1] La "sede" no es más que la inserción espacial de la enfermedad; son las demás manifestaciones mórbidas, las que designan su esencia. Ésta permanece como el gran antecedente que forma el vínculo entre causas y síntomas, rechazando así la lesión al dominio de lo accidental; el ataque tisular u orgánico, no marca sino el punto de abordaje de la enfermedad, la región desde donde va a desarrollar su empresa de colonización: "Entre la hepatización del pulmón y las causas que la provocan, ocurre algo que se nos escapa; lo mismo pasa con todas las lesiones que se encuentran al abrir los cuerpos; lejos de ser la causa primera de todos los fenómenos que se han observado, son ellas mismas el efecto de

[1] M.-A. Petit, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* (París, 1812), pp. 147-148.

un trastorno particular en la acción íntima de nuestros órganos; ahora bien esta acción última se sustrae a todos nuestros medios de investigación".[2] A medida que la anatomía patológica sitúa mejor la sede, parece que la enfermedad se retira más profundamente a la intimidad de un proceso inaccesible.

Hay otra serie de preguntas: ¿tienen todas las enfermedades su correlativo en una lesión? ¿La posibilidad de asignarles una sede es un principio general de la patología, o no toca sino a un grupo bien particular de fenómenos mórbidos? Y en este caso, ¿no se puede empezar el estudio de las enfermedades por una clasificación de tipo nosográfico (trastornos orgánicos-trastornos no orgánicos), antes de entrar en el dominio de la anatomía patológica? Bichat había dejado lugar a las enfermedades sin lesión —pero no las trataba apenas sino por preterición: "suprimid ciertos géneros de fiebres y afecciones nerviosas: casi todo es entonces del dominio de esta ciencia" (la anatomía patológica).[3] Desde el comienzo, Laënnec admite la división de las enfermedades en "dos grandes clases: las que van acompañadas de una lesión evidente en uno, o varios órganos: son las que se designan desde hace muchos años bajo el nombre de enfermedades orgánicas; las que no dejan en ninguna parte del cuerpo una alteración constante y a la que se pueda atribuir su origen: son las que se llaman comúnmente enfermedades nerviosas".[4] En la época en que Laënnec redacta este texto (1812), no ha tomado aún partido, definitivamente, a propósito de las fiebres: está todavía próximo a los localizadores, de los cuales se separará en seguida. Bayle, en el mismo momento, distingue lo *orgánico*, no de lo nervioso,

[2] A.-F. Chomel, *Eléments de pathologie générale* (París, 1817), p. 523.

[3] Bichat, *Anatomie générale*, t. I, p. XCVIII.

[4] Laënnec, artículo "Anatomie pathologique" del *Dictionnaire des sciences médicales*, t. II, p. 47.

sino de lo *vital*, y opone a las lesiones orgánicas, vicios de los sólidos (tumefacciones por ejemplo), los desórdenes vitales, "alteraciones de las propiedades vitales o de las funciones" (dolor, calor, aceleración del pulso); las unas y las otras pueden superponerse como en la tisis.[5] Esta es la clasificación que tomará en seguida Cruveilhier, bajo una forma un poco más compleja: lesiones orgánicas, simples y mecánicas (fracturas), lesiones primitivamente orgánicas y secundariamente vitales (hemorragias); afecciones primitivamente vitales duplicadas por lesiones orgánicas, ya sea profundas (flegmasías crónicas), ya sean superficies (flegmasías agudas); por último enfermedades vitales sin ninguna lesión (neurosis y fiebres).[6]

Se había dicho repetidamente que todo el dominio de la nosología permanecía bajo el control de la anatomía patológica, y que una enfermedad vital no podía ser probada como tal sino negativamente, y por el fracaso en la búsqueda de las lesiones, no quedaba menos ya que incluso por este rodeo, se encontraba una forma de análisis clasificador. Su especie —no su sede, ni su causa— determinaba la naturaleza de la enfermedad; y el hecho mismo de tener, o no, un centro localizable estaba prescrito por las formas precedentes de esta determinación. La lesión no era la enfermedad, sino sólo la primera de las manifestaciones por las cuales aparecía este carácter genérico, que la oponía a las afecciones sin apoyo. Paradójicamente, el cuidado de los anatomopatólogos volvía a dar vigor a la idea clasificadora. En ello toma su sentido la obra de Pinel, y su curioso prestigio. Formado en Montpellier y en París en la tradición de Sauvages y bajo la influencia más reciente de Cullen, el pensamiento de Pinel es de estructura clasificadora;

[5] Bayle, 2o. artículo "Anatomie pathologique (*ibid.*, p. 62).
[6] J. Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique* (París, 1816), I, pp. 21-24.

pero tuvo el infortunio y la suerte a la vez, de desarrollarse en la época en que el tema clínico y luego el método anatomoclínico privaban a la nosología de su contenido real, pero no sin efectos, provisionales por otra parte, de fortalecimiento recíproco: Hemos visto cómo la idea de clase era correlativa de una cierta observación neutra de los síntomas,[7] cómo el desciframiento clínico implicaba una lectura de esencias;[8] vemos ahora cómo la anatomía patológica se ordena espontáneamente en una cierta forma de nosografía. Ahora bien, toda la obra de Pinel debe su vigor a cada uno de sus fortalecimientos: su método no requiere sino secundariamente la clínica, o la anatomía de las lesiones; fundamentalmente se trata de la organización, de acuerdo con una coherencia real, pero abstracta, de las estructuras transitorias por las cuales la mirada clínica, o la percepción anatomopatológica, han buscado, en la nosología ya existente, su apoyo y su equilibrio de un instante. Ninguno entre los médicos de la vieja escuela, ninguno fue más sensible que Pinel y ninguno recibió mejor las formas nuevas de la experiencia médica; él fue con gusto profesor de clínica, y sin demasiada reticencia hacia practicar autopsias; pero no percibía sino efectos de recurrencia, sólo siguiendo, en el nacimiento de las nuevas estructuras, las líneas de apoyo que tomaban de las antiguas: [9] mientras que la nosología a cada instante se encontraba confirmada, y la nueva experiencia por adelantado encajonada. Bichat fue quizá el único que comprendió desde el

[7] Cf. *supra*, cap., 1, p. 32.

[8] Cf. *supra*, cap. 7, p. 169.

[9] P. A. Prost narra que hizo ver "a los profesores Corvisart y Pinel inflamaciones y alteraciones de la membrana interna de los intestinos de los cuales esperaban tan poco que los cadáveres en los cuales él se los mostró habían salido de las manos de ellos sin que les hubieran abierto los intestinos" (*Traité de cholera-morbus*, 1832, p. 30).

principio la incompatibilidad de su método con el de los nosógrafos: "Nosotros, descubrimos como podemos los procedimientos de la naturaleza... No atribuimos en absoluto una importancia exagerada a tal o cual clasificación": jamás ninguna de ellas nos dará "un cuadro preciso de la marcha de la naturaleza".[10] Laënnec, en cambio, admite sin problema el desarrollo de la experiencia anatomoclínica en el espacio de la repartición nosológica: abrir los cadáveres, encontrar las lesiones, es sacar a la luz lo que hay "de más fijo, de más positivo, y de menos variable en las enfermedades locales"; es por lo tanto aislar "lo que debe caracterizarlas o especificarlas"; es a fin de cuentas servir la causa de la nosología, ofreciéndole criterios más certeros.[11] En este espíritu, la Sociedad de Emulación, que agrupaba a la nueva generación y representaba fielmente a la nueva escuela, planteaba al concurso de 1809 la famosa interrogación: "¿Cuáles son las enfermedades que se deben considerar especialmente como orgánicas?" [12] Sin duda, lo que estaba en cuestión, era la noción de fiebre esencial y su no-organicidad, a la cual Pinel había permanecido ligado, pero a propósito de este punto preciso, el problema planteado era aún un problema de especie y de clase. Pinel era discutido, su medicina no se revaloraba de arriba abajo.

Lo hará sólo Broussais en 1816, en el *Examen de la doctrine généralement admise,* donde hace radicales las críticas que ya había formulado al publicar ocho años antes la *Histoire des phlegmasies chroniques.* De una manera inesperada, será menester esta

[10] X. Bichat, *Anatomie descriptive,* t. I, p. 19.

[11] Laënnec, *Traité de l'auscultation,* prefacio, p. xx.

[12] En una memoria que fue coronada, Martin critica el uso demasiado simple que se hace del término de enfermedad que él quisiera reservar a las afecciones debidas a un defecto de nutrición de los tejidos, cf. *Bulletin des Sciences Médicales,* t. 5 (1810), pp. 167-188.

medicina explícitamente fisiológica, esta teoría tan fácil y floja de la simpatía, el uso general del concepto de irritación, y la vuelta con él a un cierto monismo patológico pariente cercano del de Brown, para que la anatomía patológica se libere realmente de la tutela de los nosógrafos, y que la problemática de las esencias mórbidas, cese de doblar el análisis perceptivo de las lesiones orgánicas. Al pasar el tiempo, se olvidará pronto que la estructura de la experiencia anatomoclínica sólo ha podido equilibrarse gracias a Broussais; se guardará sólo el recuerdo de los ataques enfurecidos contra Pinel; de los cuales Laënnec en cambio soportaba tan bien el impalpable control; no se recordará sino al intemperante fisiólogo y a sus apresuradas generalizaciones. Y recientemente, el buen Mondor encontraba, bajo la benignidad de su pluma, la acritud de injurias adolescentes para arrojarlas a los manes de Broussais.[13] El imprudente no había leído los textos, ni entendido las cosas.

Helas aquí.

Neurosis y fiebres esenciales eran consideradas, por acuerdo bastante general, a fines del siglo XVIII y a comienzos del XIX como enfermedades sin lesión orgánica. Las enfermedades del espíritu y de los nervios recibieron, y gracias a Pinel, un estatuto bastante particular para que su historia, por lo menos hasta el descubrimiento de A.-L. Bayle, en 1821-1824, no vuelva a cortar las discusiones sobre la organicidad de las enfermedades. Las fiebres están durante más de 15 años en el centro mismo del problema.

Volvamos a trazar primeramente alguna de las líneas generales del concepto de fiebre en el siglo

[13] H. Mondor, *Vie de Dupuytren* (París, 1945), p. 176: "médico ebrio de farsa... vanidoso y ruidoso charlatán... sus astucias, su imprudencia, su verbosa combatividad, sus errores declamatorios..., su aplomo de ilusionista".

XVIII. En principio se entiende por esta palabra una reacción finalizada del organismo que se defiende contra un ataque o una substancia patógenos; la fiebre manifestada en el curso de la enfermedad va en contrasentido y trata de remontar su corriente; no es un signo de enfermedad; sino de la resistencia a la enfermedad; "una afección de la vida que se esfuerza por apartar la muerte".[14] Tiene, por lo tanto, y en el sentido estricto del término, un valor saludable: muestra que el organismo "morbiferan aliquam materiam sive praeoccupare sive removere intendit".[15] La fiebre es un movimiento de excreción, de intención purificadora; y Stahl recuerda una etimología: *februare*, es decir, ahuyentar ritualmente de una casa las sombras de los difuntos.[16]

Sobre este fondo de finalidad, el movimiento de la fiebre y su mecanismo se analizan fácilmente. La sucesión de los síntomas indica sus diferentes fases: el estremecimiento y la impresión primera de frío, denuncian un espasmo periférico, y una rarefacción de la sangre en los capilares cercanos a la piel. La frecuencia del pulso, indica que el corazón reacciona haciendo fluir la mayor sangre posible hacia los miembros: el calor, muestra que, en efecto, la sangre circula más rápidamente y que todas las funciones se aceleran por ello mismo; las fuerzas motrices decrecen proporcionalmente: de ahí la impresión de languidez y la atonía de los músculos. Por último, el sudor indica el éxito de esta reacción febril que llega a expurgar la sustancia morbífica; pero cuando ésta llega a reformarse a tiempo, se tienen las fiebres intermitentes.[17]

[14] Boerhaave, *Aphorismes*.

[15] Stahl, citado en Dagoumer, *Précis historique de la fièvre* (París, 1831), p. 9. "Tiende a prevenir o a eliminar alguna materia creadora de enfermedad."

[16] Citado *ibid.*

[17] Con algunas variantes, este esquema se encuentra en Boer-

Esta interpretación simple, que vinculaba hasta la evidencia los síntomas manifiestos a sus correlativos orgánicos, ha sido en la historia de la medicina de una triple importancia. Por una parte, el análisis de la fiebre, bajo su forma general, recubre exactamente el mecanismo de las inflamaciones locales; aquí y allá hay fijación de sangre, contracción que provoca una estasis más o menos prolongada, luego, esfuerzo del sistema nervioso por restablecer la circulación, y por este efecto, movimiento violento de la sangre; se verá que "glóbulos rojos vienen a pasar a las arterias linfáticas", lo que provoca, bajo una forma local, la inyección de la conjuntiva por ejemplo, bajo una forma general, el calor y la agitación de todo el organismo; si el movimiento se acelera, las partes más tenues de la sangre se separarán de las más pesadas, que permanecerán en los capilares donde "la linfa se convertirá en una especie de helado": de ahí las supuraciones que se hacen en el sistema respiratorio, o intestinal, en caso de inflamación generalizada, o bajo forma de abceso si se trata de una fiebre local.[18]

Pero si hay identidad funcional entre inflamación y fiebre, es que el sistema circulatorio es el elemento esencial del proceso. Se trata de un doble desplazamiento en las funciones normales: moderación primeramente, exageración después; fenómeno irritante primero, fenómeno de irritación después. "Todos estos fenómenos deben deducirse de la irritabilidad del corazón y de las arterias, aumentada y estimulada; por último, de la acción de un estímulo cualquiera y de la resistencia de la vida, así irritada, al estímulo dañino."[19] De este modo, la fiebre, cuyo mecanismo intrínseco puede tanto ser general como local, en-

haave (*Aphorismes*, 563, 570, 581), en Hoffmann (*Fundamenta Medica*), en Stoll (*Aphorismes sur la connaissance et la curation des fièvres*), en Huxham (*Essai sur les fièvres*), en Boissier de Sauvages (*Nosologie méthodique*, t. II).

[18] Huxham, *Essai sur les fièvres* (trad. fr., París, 1752), p. 339.

[19] Stoll, "Aphorisme sur la connaissance et la curation des

cuentra en la sangre el apoyo orgánico y aislable que (la) hace local o general, o de nuevo general después de haber sido local. Siempre por esta irritación difusa del sistema sanguíneo, una fiebre puede ser el síntoma general de una enfermedad que permanece como local a lo largo de su desarrollo: sin que nada se modifique en su modo de acción, podrá también ser esencial como simpática. En un esquema como éste, el problema de la existencia de las fiebres esenciales, sin lesiones asignables, no podía plantearse: cualquiera que sea su forma, su punto de partida, o su superficie de manifestación, la fiebre tenía siempre el mismo tipo de apoyo orgánico.

Por último, el fenómeno del calor está lejos de constituir lo esencial del movimiento febril; no forma más que el resultado más superficial y más transitorio, mientras que el movimiento de la sangre, las impurezas de las cuales se carga, o las que expurga, los entorpecimientos, o las exhudaciones que se producen, indican lo que es la fiebre en su naturaleza profunda. Grimaud, pone en guardia contra los instrumentos físicos que "no pueden seguramente hacernos conocer más que los grados de intensidad del calor; y estas diferencias son las menos importantes para la práctica;... el médico, debe aplicarse sobre todo a distinguir en el calor febril cualidades que no pueden ser percibidas sino por un tacto muy ejercitado, y que escapan y se ocultan a todos los medios que la física puede proporcionar. Semejante cualidad, acre, o irritante, del calor febril", que da la misma impresión "que el humo en los ojos" y que anuncia una fiebre pútrida.[20] Por debajo del fenómeno homogéneo del calor, la fiebre tiene cualidades propias, una especie de solidez sustancial y diferenciada, que permite repartirla de acuerdo con formas, específicas. Se pasa,

fièvres" (en *Encyclopédie des sciences médicales*, 7a. división, t. 5, p. 347).

[20] Grimaud, *Traité des fièvres* (Montpellier, 1791), t. I, p. 89.

por lo tanto, naturalmente y sin problema, de la fiebre a las fiebres. El deslizamiento de sentido y de nivel epistemológico, que nos salta a los ojos,[21] entre la designación de un síntoma común y la determinación de enfermedades específicas, no puede ser percibido por la medicina del siglo XVIII, dada la forma de análisis, por la cual descifraba el mecanismo febril.

El siglo XVIII acogerá, por consiguiente, en nombre de una concepción muy homogénea muy coherente de "la fiebre", un número considerable de "fiebres". Stoll, reconoce doce, a las cuales añade las fiebres "nuevas y desconocidas". Las especifica ora por el mecanismo circulatorio que las explica (fiebre inflamatoria analizada por J.-P. Franck y designada tradicionalmente como la sínoca), ora por el síntoma no febril más importante que las acompaña (fiebre biliosa de Stahl, Selle, de Stoll), ora según los órganos a los cuales lleva la inflamación (fiebre mesentérica de Baglivi), ora al fin según la cualidad de las excreciones que provoca (fiebre pútrida de Haller, de Tissot, de Stoll), por último según la variedad de las formas que ella toma y la evolución que sigue (fiebre maligna, o fiebre atáxica de Selle).

Esta red, enredada a nuestros ojos, se volvió confusa desde el día en que la mirada médica cambio de estructura.

Hubo un primer encuentro entre la anatomía y el análisis sintomático de las fiebres, mucho antes de Bichat, mucho antes de las primeras observaciones de Prost. Encuentro puramente negativo ya que el método anatómico se desprendía de sus derechos, y renunciaba a asignar una sede a algunas enfermedades febriles. En la carta cuarenta y nueve de su *Traité*, Morgagni decía no haber encontrado al abrir enfer-

[21] Bouillaud lo analiza con claridad en el *Traité des fièvres dites essentielles* (París, 1826), p. 8.

mos muertos de fiebres violentas "vix quidquam... quod earum gravitati aut impetui responderet; usque adeo id saepe latet per quoud faber interficiunt".[22] Un análisis de las fiebres, sólo de acuerdo con sus síntomas y sin esfuerzo de localización se hacía posible, e incluso necesario: para dar estructura a las diferentes formas de la fiebre, era menester sustituir el volumen orgánico, por un espacio de repartición en el cual no entrarían más que los signos y lo que ellos significan.

El nuevo ordenamiento operado por Pinel, no era sólo en la línea de su propio método de desciframiento nosológico; empalmaba, exactamente, en la estructura definida por esta primera forma de anatomía patológica: las fiebres sin lesión son esenciales; las fiebres con lesión local son simpáticas. Estas formas idiopáticas, caracterizadas por sus manifestaciones exteriores, dejan aparecer "propiedades comunes como suspensión del apetito y la digestión, alteración de la circulación, interrupción de ciertas secreciones, impedimento del sueño, excitación, o disminución de la actividad y del entendimiento, afección de algunas funciones de los sentidos, o incluso suspensión de ellas, trabar cada una a su manera en movimiento circular".[23] Pero la diversidad de los síntomas permite también la lectura de especies diferentes: una forma inflamatoria, o angiotónica "marcada fuera son los signos de irritación, o de tensión de los canales sanguíneos" (es frecuente en la pubertad, en el comienzo de la preñez, después de excesos alcohólicos); una forma "meningo-gástrica" con síntomas nerviosos, pero con otros, más primitivos, que parecen "corresponder a la región epigástrica", y que siguen

[22] Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, Epist. 49, art. 5. "Con dificultad alguna cosa... porque responda a la gravedad o a la de ellas; hasta tal punto que casi siempre está oculto aquello por lo cual matan las fiebres."

[23] Ph. Pinel, *Nosographie philosophique* (5a. ed., 1813), I, pp. 320.

en todo caso los trastornos del estómago; una forma adeno-meníngea "cuyos síntomas indican una irritación de las membranas mucosas del conducto intestinal"; se encuentra, sobre todo, en los sujetos de temperamento linfático, en las mujeres y en los ancianos; una forma adinámica "que se manifiesta especialmente en el exterior por los signos de una debilidad extrema y de una atonía general de los músculos"; se debe probablemente a la humedad, a la falta de limpieza, a la frecuentación de los hospitales, de las cárceles y de los anfiteatros, a la mala alimentación y al abuso de los placeres venéreos; por último la fiebre atáxica, o maligna se caracteriza por "alternativas de excitación y debilitamiento, con las anomalías nerviosas más singulares": se la encuentran casi los mismos antecedentes que a la fiebre adinámica.[24]

En el principio mismo de esta especificación reside la paradoja. Bajo su forma general, la fiebre se caracteriza sólo por sus efectos; se la ha separado de todo sustrato orgánico; y Pinel, no menciona siquiera el calor como signo esencial o síntoma decisivo de la clase de las fiebres; pero cuando se trata de dividir esta esencia, la función de repartición está asegurada por un principio que ostenta, no la configuración lógica de las especies, sino la espacialidad orgánica del cuerpo: los canales sanguíneos, el estómago, la mucosa intestinal, el sistema muscular, o nervioso, son alternativamente citados para servir de punto de coherencia a la diversidad informe de los síntomas. Y si pueden organizarse de modo que formen especies no es porque son *expresiones esenciales,* es porque son *signos locales.* El principio de la esencialidad de las fiebres no tiene por contenido concreto y específico más que la posibilidad de localizarlas. De la *Nosologie* de Sauvages a la *Nosographie* de Pinel, la configuración ha sido invertida: en la primera, las manifestaciones locales llevaban siempre una generalidad po-

[24] *Ibid.*, pp. 9-10 y pp. 323-324.

sible; en la segunda la estructura general envuelve la necesidad de una localización.

Se comprende en estas condiciones que Pinel haya creído poder integrar en su análisis sintomatológico de las fiebres, los descubrimientos de Roederer y de Wagler: en 1783 éstos habían demostrado que la fiebre mucosa iba siempre acompañada de huellas de inflamación interna y externa en el canal alimenticio.[25] Se comprende así que aceptara los resultados de las autopsias de Prost, que manifestaban lesiones intestinales evidentes; pero se comprende también porque no las veía él mismo;[26] la localización de la lesión, para él, venía a colocarse por sí misma, pero a título de fenómeno secundario, en el interior de una sintomatología en la cual los signos locales no remitían a la sede de las enfermedades, sino a su esencia. Se comprende en fin por qué los defensores de Pinel han podido ver en él al primero de los localizadores: "No se limitó a clasificar los objetos: materializando de algún modo la ciencia, hasta entonces demasiado metafísica, se esforzó por localizar, si se puede decir, cada enfermedad, o atribuirle una sede especial, es decir, por determinar el lugar de su existencia primitiva. Esta idea se muestra evidentemente en las nuevas denominaciones impuestas a las fiebres que seguía llamando esenciales, como para rendir un último homenaje a las ideas hasta entonces dominantes, pero asignando a cada una una sede particular, que hacía consistir, por ejemplo, las fiebres biliosas y pituitosas de los demás, en la irritación especial de ciertas partes del tubo intestinal."[27]

De hecho, lo que Pinel localizaba no eran las enfermedades, sino los signos: y el valor local por el cual éstos eran afectados no indicaba un origen regional, un lugar primitivo del cual la enfermedad saca-

[25] Roederer y Wagler, *De morbo mucoso* (Gotinga, 1783).
[26] Cf. *supra*, p. 249, n. 9.
[27] Richerand, *Histoire de la chirurgie* (París, 1825), p. 250.

ría a la vez su nacimiento y su forma; permitía unicamente reconocer una enfermedad que daba esa señal como síntoma característico de su esencia. En estas condiciones, la cadena causal y temporal que debía establecerse no iba de la lesión a la enfermedad, sino de la enfermedad a la lesión, como a su consecuencia y a su expresión quizá privilegiada. Chomel, de 1820, seguirá permaneciendo fiel a la *Nosographie* cuando analice las ulceraciones intestinales percibidas por Broussais "como el efecto y no la causa de la afección febril": ¿No se producen relativamente tarde (el día décimo de la enfermedad solamente, cuando el meteorismo, la sensibilidad abdominal derecha y las excreciones icorosas denuncian su existencia)? ¿No aparecen en esta parte del canal intestinal, en donde las materias, ya irritadas por la enfermedad, se detienen durante más tiempo (fin del íleo, ciego y colon ascendente) y en los segmentos pendientes del intestino, mucho más frecuentemente que en las porciones verticales y ascendentes?[28] Así, la enfermedad se deposita en el organismo, ancla en él signos locales, se reparte en el espacio secundario del cuerpo; pero su estructura esencial sigue siendo la anterior. El espacio orgánico está provisto de referencias a esta estructura; la señala, no la ordena.

El *Examen* de 1816 fue hasta el fondo de la doctrina de Pinel para denunciar, y con una asombrosa lucidez teórica, sus postulados. Pero desde la *Histoire des phlegmasies,* se encontraba planteado bajo forma de dilema, lo que se había creído hasta entonces perfectamente compatible; o una fiebre es idiopática, o es localizable; y toda localización lograda hará caer la fiebre de su estatuto de esencialidad.

Sin duda, esta incompatibilidad, que se inscribía

[28] A.-F. Chomel, *De l'existence des fièvres essentielles* (París, 1820), pp. 10-12.

lógicamente en el interior de la experiencia anatomoclínica, había sido formulada discretamente, o por lo menos supuesta por Prost cuando mostró fiebres diferentes las unas de las otras según "el órgano cuya afección les da lugar", o según "el modo de alteración" de los tejidos;[29] por Récamier también y sus alumnos cuando estudiaron las enfermedades prometidas a la fortuna: las meningitis, indicando que "las fiebres de este orden son raramente enfermedades esenciales, que dependen quizá siempre incluso de una afección del cerebro tal como una flegmasia, una colección serosa".[30] Pero lo que permite a Broussais transformar estos primeros avances en forma sistemática de interpretación de todas las fiebres, es, sin duda alguna, la diversidad y al mismo tiempo la coherencia de los campos de experiencia médica que él había atravesado.

Formado apenas antes de la Revolución, en la medicina del siglo XVIII, habiendo conocido como oficial de sanidad en la marina los problemas propios de la medicina hospitalaria y de la práctica quirúrgica, alumno después, de Pinel y de los clínicos de la nueva Escuela de sanidad, habiendo seguido los cursos de Bichat y las clínicas de Corvisart que lo iniciaron en la anatomía patológica, reanudó el oficio militar y siguió al ejército de Utrecht a Mayence y de Bohemia a Dalmacia, ejercitándose como su maestro Desguenettes en la nosografía médica comparada, y practicando, en gran escala, el método de las autopsias. Todas las formas de experiencia médica que se cruzan a fines del siglo XVIII le son familiares; no es asombroso que pudiera, del conjunto de éstas y de sus líneas de comprobación, sacar la lección radical

[29] Prost, *La médecine des corps éclairée par l'ouverture et l'observation* (París, año XII), t. I, pp. XXII y XXIII.

[30] P.-A. Dan de La Vautrie, *Dissertation sur l'apoplexie considérée spécialement comme l'effet d'une phlegmasie de la substance cérébrale* (París, 1807).

que debía dar a cada una sentido y conclusión. Broussais, no es más que el punto de convergencia de todas estas estructuras, la forma individualmente modelada de la configuración de conjunto. Él lo sabía, por otra parte, y en él hablaba "ese médico observador que no desdeñará la experiencia de los demás, pero que querrá sancionarla con la suya... Nuestras escuelas de medicina, que han sabido liberarse del yugo de los antiguos sistemas y preservarse del contagio de los nuevos han formado desde hace algunos años sujetos capaces de reafirmar la marcha todavía tambaleante del arte de curar. Dispersos entre sus conciudadanos, o diseminados lejos en nuestros ejércitos, observan, meditan... Un día sin duda, hará oír su voz.[31] Al volver de Dalmacia en 1808, Broussais publica su *Histoire des phlegmasies chroniques.*

Es el repentino retorno a la idea preclínica de que fiebre e inflamación ostentan el mismo proceso patológico. Pero mientras que en el siglo XVIII esta identidad hacía secundaria la distinción entre lo general y lo local, es en Broussais la consecuencia natural del principio de los tejidos de Bichat, es decir de la obligación de encontrar la superficie de ataque orgánico. Cada tejido tendrá su modo propio de alteración: por consiguiente, por el análisis de las formas particulares del organismo, es menester comenzar el estudio de lo que se llaman fiebres. Habrá las inflamaciones en los tejidos cargados de capilares sanguíneos (como la piamadre o los lóbulos pulmonares), que provocan un fuerte estímulo térmico, la alteración de las funciones nerviosas, el desarreglo de las secreciones, y eventualmente trastornos musculares (agitación, contracciones); los tejidos poco provistos de capilares rojos (membranas delgadas), provocan trastornos semejantes pero atenuados; por último, la in-

[31] F.-J.-V. Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques,* t. II, pp. 3-4.

flamación de los vasos linfáticos produce desarreglos en la nutrición y en las secreciones serosas.[32]

Sobre el fondo de esta especificación, enteramente global y cuyo estilo se acerca mucho a los análisis de Bichat, el mundo de las fiebres se simplifica de modo singular. No se volverá a encontrar en el pulmón más que las flegmasias que corresponden al primer tipo de inflamación (catarro y peripneumonía), las que derivan del segundo tipo (pleuresía), por último aquellas cuyo origen es una inflamación de los vasos linfáticos (tisis tuberculosa). Para el sistema digestivo, la membrana mucosa puede ser afectada, sea a la altura del estómago (gastritis), sea en el intestino (enteritis, peritonitis). En cuanto a su evolución, es convergente, según la lógica de la propagación de los tejidos: una inflamación sanguínea, cuando dura, gana siempre los canales linfáticos; por ello las flegmasias del sistema respiratorio "desembocan todas en la tisis pulmonar"; [33] en cuanto a las inflamaciones intestinales tienden regularmente a las ulceraciones de la peritonitis. Homogéneas por su origen y convergentes en sus formas finales, las flegmasias no se perfilarán en síntomas múltiples sino en este hueco. Ganan, por el camino de la simpatía, regiones y tejidos nuevos: ora se trata de una progresión a lo largo de los centros de la vida orgánica (la inflamación de la mucosa intestinal para alterar las secreciones biliosas, urinarias, hace aparecer manchas en la piel, o sarro en la boca); ora ataca sucesivamente las funciones de relación (cefalea, dolor muscular, vértigos, delirio). Así, todas las verdades sintomatológicas pueden nacer a partir de esta generalización.

Allí reside la gran conversión conceptual que el método de Bichat había autorizado, pero todavía no puesto en claro: es la enfermedad local, la que al

[32] *Ibid.*, t. I, pp. 55-56.
[33] *Ibid.*, t. I, prefacio, p. XIV.

generalizarse da los síntomas particulares de cada especie; pero tomada en su forma geográfica primera, la fiebre no es otra cosa que un fenómeno localmente individualizado, de estructura patológica general. Dicho de otro modo, el síntoma particular (nervioso o hepático), no tiene un signo local; es por el contrario un índice de generalización; sólo el síntoma general de inflamación lleva en él la exigencia de un punto de ataque bien localizado. Bichat, se había quedado preocupado por el cuidado de fundar orgánicamente las enfermedades generales: de ahí su búsqueda de las universalidades orgánicas. Broussais disocia los dobletes, síntoma particular —lesión local, síntoma general— alteración de conjunto, cruza los elementos y muestra la alteración de conjunto bajo el síntoma particular (y la lesión geográfica bajo el síntoma general). En lo sucesivo, la especie orgánica de la localización es realmente independiente del espacio de la configuración nosológica: éste se desliza en el primero, remplaza sus valores con relación a él, y no se remite a él, sino al precio de una proyección invertida.

Pero qué es la inflamación, ¿proceso de estructura general pero con un punto de ataque siempre localizado? El antiguo análisis sintomático la caracteriza por el tumor, el enrojecimiento, el calor, el dolor; lo que no corresponde a las formas que ella toma en los tejidos; la inflamación de una membrana no presenta ni dolor, ni calor, ni menos aún enrojecimiento. La inflamación no es una constelación de signos: es un proceso que se desarrolla en el interior de un tejido: "Toda exaltación local de los movimientos orgánicos, bastante considerable como para trastornar la armonía de las funciones y para desorganizar el tejido en que está fija, debe considerarse como inflamación."[34] Se trata por lo tanto de un fenómeno que comporta

[34] *Ibid.*, t. I, p. 6.

dos capas patológicas de nivel y de cronología diferentes: primeramente, un ataque funcional, luego un ataque de la textura. La inflamación tiene una realidad fisiológica que se puede anticipar sobre la desorganización anatómica, que la hace sensible a los ojos. De ahí, la necesidad de una medicina fisiológica, "que observa la vida, no la vida abstracta, sino la vida de los órganos y en los órganos, en relación con todos los agentes que pueden ejercer alguna influencia sobre ellos";[35] la anatomía patológica concebida como simple examen de los cuerpos sin vida es para ella misma su propio límite, ya que "el papel y las simpatías de todos los órganos están lejos de ser perfectamente conocidos".[36]

Para detectar este trastorno funcional primero y fundamental, la mirada debe saber desprenderse del centro de la lesión, porque éste no está dado desde el comienzo, aunque la enfermedad sea, en su arraigamiento de origen, siempre localizable; le es preciso señalar justamente esta raíz orgánica antes de la lesión, gracias a los trastornos funcionales y a sus síntomas. En esto encuentra su papel la sintomatología, pero un papel fundado enteramente sobre el carácter local del ataque patológico: al remontar el camino de las simpatías y de las influencias orgánicas, debe, bajo la red indefinidamente extensa de los síntomas, "inducir" o "deducir" (Broussais utiliza las dos palabras en el mismo sentido), el punto inicial de la perturbación fisiológica. "Estudiar los órganos alterados, sin mencionar los síntomas de las enfermedades, es hacer como si se considerara al estómago independiente de la digestión."[37] Así en lugar de exal-

[35] Broussais, *Sur l'influence que les travaux des médecins physiologistes ont exercée sur l'état de la médecine* (París, 1832), pp. 19-20.

[36] Broussais, *Examen des doctrines* (2a. ed., París, 1821), t. II, p. 647.

[37] *Ibid.*, p. 671.

tar, como se hace "sin medida, en los escritos actuales, las ventajas de la descripción", despreciando enteramente "la inducción bajo los nombres de teoría hipotética, de sistema *a priori* de vanas conjeturas",[38] se hará hablar a la observación de los síntomas, el lenguaje mismo de la anatomía patológica.

Nueva organización de la mirada médica, con relación a Bichat: a partir del *Traité des membranes,* el principio de la visibilidad era una regla absoluta, y la localización no formaba más que su consecuencia. Con Broussais el orden se invierte; porque es local en su naturaleza, la medicina es lo que es, de modo secundario visible. Broussais, sobre todo en la *Histoire des phlegmasies,* admite (y en esto incluso va más lejos que Bichat para quien las enfermedades vitales pueden no dejar huellas), que toda "afección patológica" implica "una modificación particular en el fenómeno que restituye nuestros cuerpos a las leyes de la materia inorgánica"; por consiguiente, "si los cadáveres nos han parecido mudos alguna vez, es que ignoramos el arte de interrogarlos".[39] Pero estas alteraciones, cuando el ataque es sobre todo de forma fisiológica, pueden ser apenas perceptibles; o incluso pueden, como las manchas de la piel en las fiebres intestinales, desaparecer con la muerte; pueden estar, en todo caso, en su extensión y su importancia perceptiva, sin medida común con el trastorno que provoca; lo que es importante, en efecto, no es lo que de estas alteraciones se ofrece a la *vista,* sino lo que en ellas está determinado por el *lugar* en el cual se desarrollan. Derribando la división nosológica mantenida por Bichat entre el trastorno vital o funcional y la alteración orgánica, Broussais, en virtud de una necesidad estructural evidente, hace pasar el axioma de localización antes que el principio de visibilidad.

[38] Broussais, *Mémoire sur la philosophie de la médecine* (París, 1832), pp. 14-15.

[39] Broussais, *Histoire des phlegmasies,* I, prefacio, p. v.

La enfermedad es *del espacio* antes de ser *para la vista*. La desaparición de las dos grandes clases *a priori* de la nosología, ha abierto a la medicina un campo de investigación enteramente espacial y determinado una y otra vez por estos valores locales. Es curioso comprobar que esta espacialización absoluta de la experiencia médica no es debida a la integración definitiva de la *anatomía* normal y patológica, sino al primer esfuerzo por definir una *fisiología* del fenómeno mórbido.

Pero es menester remontarse más lejos aún en los elementos que constituyen esta nueva medicina y plantear la cuestión del origen de la inflamación. Siendo ésta una exaltación local de los movimientos orgánicos, implica en los tejidos una cierta "aptitud para moverse" y, al contacto de estos tejidos, un agente que suscita y exagera los mecanismos. Tal es la irritabilidad, "facultad que los tejidos poseen de moverse por el contacto de un cuerpo extraño... Haller, no atribuía esta propiedad sino a los músculos; pero hoy se conviene en que es común a todos los tejidos".[40] Es menester no confundirla con la sensibilidad que es "la conciencia de los movimientos excitados por los cuerpos extraños", y que únicamente forma un fenómeno sobreañadido y secundario, con relación a la irritabilidad: el embrión no es todavía sensible, la apoplética no lo es ya; el uno y la otra son irritables. El aumento de acción irritante, es provocado "por cuerpos u objetos vivos o no vivos",[41] que entran en contacto con los tejidos; son, por lo tanto, agentes interiores o exteriores pero, de todos modos, extraños al funcionamiento del órgano; la serosidad de un tejido puede llegar a ser irritante para otro, o para sí mismo, si es demasiado abundante, pero lo mismo un cambio de clima, o un régimen alimenticio.

[40] Broussais, *De l'irritation et de la folie* (París, ed. de 1839), I, p. 3.

[41] *Ibid.*, p. 1, n. 1.

Un organismo está enfermo en relación con las solicitaciones del mundo externo, o de las alteraciones de su funcionamiento, o de su anatomía. "Después de muchas vacilaciones en su marca, la medicina sigue, al fin, el único camino que puede conducirla a la verdad: la observación de las relaciones del hombre con las modificaciones externas, y de los órganos de los hombres los unos con los otros".[42]

Con esta concepción del agente externo, o de la modificación interior, Broussais rodea uno de los temas que habían, con escasas excepciones, reinado sobre la medicina a partir de Sydenham: la imposibilidad de definir la causa de las enfermedades. La nosología de Sauvages a Pinel había sido, desde este punto de vista, como una figura encajada en el interior de esta renuncia a la asignación causal: la enfermedad se redoblaba y se fundía en su afirmación esencial, y las series causales no eran sino elementos en el interior de ese esquema en el cual, la naturaleza de lo patológico, le servía de causa eficaz. Con Broussais —cosa que aún no estaba adquirida con Bichat— la localización reclama un esquema causal envolvente: la sede de la enfermedad no es más que el punto de enganche de la causa irritante, punto que está determinado a la vez por la irritabilidad del tejido y la fuerza de irritación del agente. El espacio local de la enfermedad es al mismo tiempo, e inmediatamente, un espacio causal.

Entonces —y éste es el gran descubrimiento de 1816— desaparece el *ser* de la enfermedad. Reacción orgánica a un agente irritante, el fenómeno patológico no puede pertenecer a un mundo en el cual la enfermedad, en su estructura particular, existiría de acuerdo con un tipo imperioso, que sería su precedente, y en el que ella se recogería, una vez descar-

[42] *Ibid.*, prefacio de la edición de 1828 (ed. de 1839), t. I, p. LXV.

tadas las variaciones individuales y todos los accidentes sin esencia; está preso en una trama orgánica cuyas estructuras son espaciales, las determinaciones causales, los fenómenos anatómicos y fisiológicos. La enfermedad no es más que un cierto movimiento complejo de los tejidos en reacción a una causa irritante: allí está toda la esencia de lo patológico, porque ya no hay ni enfermedades esenciales, ni esencias de las enfermedades. "Todas las clasificaciones que tienden a hacernos considerar las enfermedades como seres particulares, son defectuosas y un espíritu juicioso es sin cesar, y como a pesar suyo, llevado hacia la búsqueda de los órganos que sufren."[43] Por ello la fiebre no puede ser esencial: no es "sino una aceleración del curso de la sangre... con un aumento de la calorificación y una lesión de las funciones principales. Este estado de la economía es siempre dependiente de una irritación local".[44] Todas las fiebres se disuelven en un largo proceso orgánico, casi íntegramente vislumbrado en el texto de 1808,[45] afirmado en 1816 y esquematizado de nuevo, ocho años más tarde, en el *Catéchisme de la médecine physiologique*. Como origen de todas, una única y misma irritación gastrointestinal: primero un simple enrojecimiento, luego manchas vinosas cada vez más numerosas en la región íleocecal; estas manchas toman a menudo el aspecto de regiones abolsadas que a la larga provocan ulceraciones. Sobre esta trama anatomopatológica constante, que define el origen y la forma general de la gaestroenteritis, los procesos se ramifican: cuando la irritación del canal digestivo ha ganado más en extensión que en profundidad, provoca una secreción

[43] Broussais, *Examen des doctrines* (París, 1816), prefacio.
[44] *Ibid.*, ed. de 1821, p. 399.
[45] En 1808, Broussais ponía aparte aun los tifos malignos (fiebres atáxicas) por las cuales no había encontrado en la autopsia inflamación visceral (*Examen des doctrines*, 1821, t. II, pp. 666-668).

biliar importante, y un dolor en los músculos locomotores: es lo que Pinel llamaba la fiebre biliosa; en un sujeto linfático, o cuando el intestino está cargado de mucosidades, la gastroenteritis, toma el aspecto que le ha valido el nombre de fiebre mucosa; lo que se llamaba la fiebre adinámica "no es sino la gastroenteritis llegada a tal grado de intensidad, que las fuerzas disminuyen, que las facultades intelectuales se entorpecen... que la lengua se oscurece, que la boca se tapiza de una capa negruzca"; cuando la irritación gana por simpatía las envolturas cerebrales, se tienen las formas "malignas" de las fiebres.[46] Por estas ramificaciones, y por otras, la gastroenteritis gana poco a poco todo el organismo: "Es bien cierto que el curso de la sangre es precipitado en todos los tejidos; pero esto no prueba que la causa de estos fenómenos resida en todos los puntos del cuerpo." [47] Es menester por lo tanto retirar a la fiebre su estatuto de estado general, y, en provecho de los procesos fisiopatológicos que especifican sus manifestaciones, "desencializarla".[48]

Esta disolución de la ontología febril, con los errores que ella ha comportado (en una época en que la diferencia entre meningitis y tifus comenzaba a percibirse claramente), es el elemento más conocido del análisis. De hecho, no es, en la estructura general de su análisis, más que la contrapartida negativa de un elemento positivo y mucho más sutil: la idea de un método médico (anatómico y sobre todo fisiológico), aplicada al sufrimiento orgánico; es menester "agotar en la fisiología, los rasgos característicos de las enfermedades y desentrañar por un análisis sabio los gri-

[46] Broussais, *Catéchisme de la médecine physiologiste* (París, 1824), pp. 28-30.

[47] *Examen des doctrines* (1821), t. II, p. 399.

[48] La expresión se encuentra en la respuesta de Broussais a Fodera ("Histoire de quelques doctrines médicales"), *Journal Universel des Sciences Médicales*, t. XXIV.

tos a menudo confusos de los órganos que sufren".[49] Esta medicina de los órganos que sufren implica tres momentos:

1o. Determinar cuál es el órgano que sufre, lo que se hace a partir de los síntomas manifestados, pero con la condición de conocer "todos los órganos, todos los tejidos que constituyen los medios de comunicación por los cuales estos órganos están asociados entre sí, y los cambios que la modificación de un órgano hace experimentar a los demás";

2o. "Explicar cómo un órgano ha llegado a sufrir", a partir de un agente exterior; teniendo en cuenta el hecho esencial de que la irritación puede provocar una hiperactividad, o por el contrario una astenia funcional, y que "casi siempre estas dos modificaciones existen a la vez en nuestra economía" (bajo la acción del frío, la actividad de las secreciones cutáneas disminuye, la del pulmón aumenta);

3o. "Indicar qué es menester hacer para que deje de sufrir": es decir, suprimir la causa (el frío en la neumonía), pero también borrar "los efectos que no desaparecen siempre cuando la causa ha dejado de actuar" (la congestión sanguínea mantiene la irritación en los pulmones de los neumónicos).[50]

En la crítica de "la ontología" médica, la noción de "sufrimiento" orgánico va más lejos sin duda y más profundamente que la de irritación. Ésta implicaba todavía una estructura abstracta: la universalidad que le permitía explicar todo, formaba para la mirada posada sobre el organismo una última pantalla de abstracción. La noción de un "sufrimiento" de los órganos sólo implica la idea de una relación del órgano a un agente o a un medio, la de una reacción

[49] Broussais, *Examen des doctrines* (1816), prefacio.

[50] *Examen des doctrines* (1821), t. I, pp. 52-55. En el texto sobre *L'influence des médecins physiologistes* (1832), Broussais añade entre los preceptos segundo y tercero, el de determinar la acción del órgano que sufre sobre los demás.

al ataque, la de un funcionamiento anormal, por último la de la influencia perturbadora del elemento atacado sobre los demás órganos. En lo sucesivo, la mirada médica no se posará sino en un espacio lleno por las formas de composición de los órganos. El espacio de la enfermedad es, sin residuo ni deslizamiento, el espacio mismo del organismo. Percibir lo mórbido, no es otra cosa que percibir el cuerpo.

La medicina de las enfermedades ha terminado su tiempo; empieza una medicina de las reacciones patológicas, estructura de experiencia que ha dominado el siglo XIX y hasta cierto punto el XX ya que, no sin modificaciones metodológicas, la medicina de los agentes patógenos vendrá a encajarse en ella.

Era tan necesario este intento de Broussais en el desarrollo y el equilibrio de las estructuras, que hizo deslizarse con él toda la experiencia médica. Pueden dejarse de lado las infinitas discusiones que opusieron los fieles de Broussais, a los últimos partidarios de Pinel. Los análisis anatomopatológicos hechos por Petit y Serres sobre la fiebre entero-mesentérica,[51] la distinción restablecida por Caffin entre los síntomas térmicos y las enfermedades que se pretendía febriles,[52] los trabajos de Lallemand sobre las afecciones cerebrales agudas,[53] en fin, el *Traité* de Bouillaud consagrado a las "fiebres llamadas esenciales",[54] han puesto paulatinamente fuera de problema, lo que seguía alimentando las polémicas. Éstas acaban por

[51] M.-A. Petit et Serres, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* (París, 1813).

[52] Caffin, *Traité analytique des fièvres essentielles* (París, 1811).

[53] Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale* (París, 1820).

[54] Bouillaud, *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles* (París, 1826).

callarse. Chomel que, en 1821, afirmaba la existencia de fiebres generales sin lesiones, les reconoce a todas, en 1834, una localización orgánica;[55] Andral había consagrado un volumen de su *Clinique médicale,* en la primera edición, a la clase de las fiebres; en la segunda, las repartía en flegmasias de las vísceras y flegmasias de los centros nerviosos.[56]

Y no obstante, hasta su último día, Broussais fue atacado con pasión; y después de su muerte, su descrédito no dejó de crecer. No podía ser de otro modo. Broussais no había logrado perfilar la idea de las enfermedades esenciales sino por medio de un precio extraordinariamente elevado; le había sido menester armar de nuevo la vieja noción tan criticada (y justamente por la anatomía patológica) de simpatía; había debido volver al concepto de Haller de irritación; se había replegado sobre un monismo patológico que recordaba a Brown, y había vuelto a poner en juego, en la lógica de su sistema, las viejas prácticas de la sangría. Todas estas vueltas habían sido estructuralmente necesarias para que apareciera, en su pureza, una medicina de los órganos, y para que la percepción médica se liberara de todo prejuicio nosológico. Pero por lo mismo, corría el riesgo de perderse a la vez en la diversidad de los fenómenos y en la homogeneidad del proceso. Entre la irritación monótona y la violencia infinita de "los gritos de los órganos que sufren", la percepción oscilaba antes de fijar el inevitable ordenamiento, en el cual todas las singularidades se fundían: lanceta y sanguijuela.

Todo estaba justificado en los furiosos ataques que los contemporáneos de Broussais lanzaban con-

[55] Chomel, *Traité des fièvres et des maladies pestilentielles* (1821), *Leçons sur la fièvre typhoïde* (1834).

[56] Andral, *Clinique médicale* (París, 1823-1827, 4 vol.). Una anécdota quiere que Pinel haya tenido la intención de suprimir, en la última edición de la *Nosologie,* la clase de las fiebres y que se lo impidiera su editor.

tra él. No enteramente, sin embargo: esta percepción anatomoclínica, conquistada al fin en su totalidad y capaz de controlarse por sí misma, esta percepción en el nombre de la cual tenían razón contra él, es su "medicina fisiológica", a la que ellos debían por lo menos la forma definitiva de equilibrio. Todo en Broussais estaba contra la corriente de lo que se veía en su época, pero él había fijado para su época el último elemento de la *manera de ver*. A partir de 1816, el ojo del médico puede dirigirse a un organismo enfermo. El *a priori* histórico y concreto de la mirada médica, ha completado su constitución.

El desciframiento de las estructuras sólo tiene que hacer rehabilitaciones. Pero ya que hay todavía médicos en nuestros días y otros que no lo son, que creen escribir historia escribiendo biografías y distribuyendo méritos, aquí hay, para ellos, un texto de un médico, que no era en absoluto ignorante: "La publicación del *Examen de la doctrine médicale* es uno de esos importantes acontecimientos de los cuales los fastos de la medicina, conservarán memoria durante mucho tiempo... La Revolución Médica cuyos fundamentos echó Broussais, en 1816, es sin duda la más notable que la medicina haya experimentado en los tiempos modernos."[57]

[57] Bouillaud, *Traité des fièvres dites essentielles* (París, 1826), p. 13.

CONCLUSIÓN

El libro que se acaba de leer es, entre otras cosas, el ensayo de un método en el dominio tan confuso, tan poco y tan mal estructurado, de la historia de las ideas.

Su apoyo histórico es limitado ya que trata, en definitiva, del desarrollo de la observación médica y de sus métodos durante apenas medio siglo. Se trata, no obstante, de uno de esos períodos que tratan un imborrable umbral cronológico: el momento en el cual el mal, lo contranatura, la muerte, es decir, todo el fondo negro de la enfermedad sale a la luz, o sea todo se ilumina a la vez y se suprime como noche, en el espacio profundo, visible y sólido, cerrado pero accesible, del cuerpo humano. Lo que era fundamentalmente invisible se ofrece de repente a la claridad de la mirada, en un movimiento en apariencia tan simple, tan inmediato que parece la recompensa natural de una experiencia mejor hecha. Se tiene la impresión de que, por primera vez desde hace milenios, los médicos, libres al fin de teorías y de quimeras, han consentido en abordar para él mismo y en la pureza de una mirada, no prevenida, el objeto de su experiencia. Pero es menester volver al análisis: son las formas de visibilidad las que han cambiado; el nuevo espíritu médico del cual Bichat es, sin duda, el primer testigo absolutamente coherente, no debe inscribirse en el orden de las purificaciones psicológicas y epistemológicas; no es otra cosa que una reorganización sintáctica de la enfermedad en la cual los límites de lo visible y de lo invisible siguen un nuevo trazo; el abismo por debajo del mal y que era el mal mismo acaba de surgir a la luz del lenguaje

—esta luz que ilumina sin duda un mismo día los *120 Journées, Juliette* y los *Désastres.*

Pero aquí no se trata sino del dominio de la medicina y de la manera en la cual se ha estructurado en algunos años el conocimiento singular del individuo enfermo. Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido menester toda una reorganización del campo hospitalario, una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo. Ha sido también menester abrir el lenguaje a todo un dominio nuevo: el de una correlación perpetua y objetivamente fundada de lo visible y de lo enunciable. Un uso absolutamente nuevo del discurso científico se ha definido entonces: costumbre de fidelidad y de obediencia incondicionadas al contenido coloreado de la experiencia —decir lo que se ve; pero también costumbre de fundación y de constitución de la experiencia— dar a ver al decir lo que se ve; por consiguiente, ha sido menester situar el lenguaje médico en este nivel, aparentemente, muy superficial, pero, a decir verdad, muy profundamente arraigado, en el cual la fórmula de descripción es al mismo tiempo gesto de descubrimiento. Y este descubrimiento implicaba a su vez como campo de origen y de manifestación de la verdad, el espacio discursivo del cadáver: el interior revelado. La constitución de la anatomía patológica en la época en que los clínicos definían su método no es del orden de la coincidencia: el equilibrio de la experiencia quería que la mirada posada sobre el individuo y el lenguaje de la destrucción reposen sobre el fondo estable, visible y legible de la muerte.

Esta estructura, en la cual se articulan el espacio, el lenguaje y la muerte —lo que se llama en definitiva el método anatomoclínico constituye la condi-

ción histórica de una medicina que se da y que nosotros recibimos como positiva. Positivo, debe considerarse aquí en sentido lato. La enfermedad se desprende de la metafísica del mal con la cual, desde hacía siglos, estaba emparentada; y encuentra en la visibilidad de la muerte la forma plena en la cual su contenido aparece en términos positivos. Pensada con relación a la naturaleza, la enfermedad era el negativo imposible de asignar, cuyas causas, formas y manifestaciones no se ofrecían sino al sesgo y sobre un fondo siempre rechazado; percibida con relación a la muerte, la enfermedad se hace exhaustivamente legible, abierta sin residuo a la disección soberana del lenguaje y de la mirada. Cuando la muerte se ha convertido en el *a priori* concreto de la experiencia médica, es cuando la enfermedad ha podido desprenderse de la contranatura y *tomar cuerpo* en el *cuerpo vivo* de los individuos.

Será sin duda decisivo para nuestra cultura que el primer discurso científico, tenido por ella sobre el individuo, haya debido pasar por este momento de la muerte. Es que el hombre occidental no ha podido constituirse a sus propios ojos como objeto de ciencia, no se ha tomado en el interior de su lenguaje y no se ha dado en él y por él, una existencia discursiva sino en la apertura de su propia supresión: de la experiencia de la sinrazón han nacido todas las psicologías y la posibilidad misma de la psicología; de la integración de la muerte, en el pensamiento médico, ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo. Y de una manera general, la experiencia de la individualidad, en la cultura moderna, está vinculada a la de la muerte: desde el Empédocles de Hölderlin, al Zaratustra y luego al hombre freudiano, una relación obstinada con la muerte prescribe a lo universal su rostro singular y presta a la palabra de cada uno el poder ser indefinidamente oída; el individuo le debe un sentido que no se detiene en él.

La división que traza y la finitud cuya marca impone, anudan paradójicamente la universalidad del lenguaje a la forma precaria, e irremplazable del individuo.

Lo sensible, inagotable para la descripción, y que tantos siglos han querido evitar, encuentra al fin en la muerte la ley de su discurso; es ella la que fija piedra tangible, el tiempo que vuelve, la hermosa tierra inocente bajo la hierba de las palabras. Permite ver, en un espacio articulado por el lenguaje, la profusión de los cuerpos y su orden simple.

A partir de ello puede comprenderse la importancia de la medicina en la constitución de las ciencias del hombre: importancia que no es sólo metodológica, sino ontológica, en la medida en que toca al ser del hombre como objeto de saber positivo.

La posibilidad para el individuo, de ser a la vez sujeto y objeto de su propio conocimiento, implica una inversión en la estructura de la finitud. Para el pensamiento clásico, ésta no tenía otro contenido que la negación de lo infinito, mientras que el pensamiento que se forma a fines del siglo XVIII le da los poderes de lo positivo: la estructura antropológica que aparece entonces desempeña a la vez el papel crítico de límite y el papel fundador de origen. Esta vuelta es la que ha servido como condición filosófica para la organización de una medicina positiva; a la inversa, en el nivel empírico, ésta ha sido la primera abertura hacia esta relación fundamental que ata al hombre moderno a su originario fin. De ahí el lugar fundamental de la medicina en la arquitectura de conjunto de las ciencias humanas: más que otra, está ella cerca de la estructura antropológica que sostiene a todas. De ahí también su prestigio en las formas concretas de la existencia: la salud sustituye a la salvación, decía Guardia. La medicina ofrece al hom-

bre moderno el rostro obstinado y tranquilizador de su fin; en ella la muerte es reafirmada, pero al mismo tiempo conjurada; y si ella anuncia, sin tregua, al hombre el límite que lleva en sí mismo, le habla también de ese mundo técnico que es la forma armada, positiva y plena de su fin. Los gestos, las palabras, las miradas médicas tomaron, desde ese momento, una densidad filosófica que antes había tenido el pensamiento matemático. La importancia de Bichat, de Jackson, de Freud, en la cultura europea no prueba que ellos eran tan filosófos como médicos, sino que, en esa cultura, el pensamiento médico está comprometido por derecho propio en el estatuto filosófico del hombre.

Esta experiencia médica está emparentada por ello mismo con una experiencia lírica que ha buscado su lenguaje, de Hölderlin a Rilke. Esta experiencia que inaugura el siglo XVIII y a la cual no hemos escapado aún, está vinculada a una vuelta a las formas del fin, cuya muerte es sin duda la más amenazadora, pero también la más plena. El Empédocles de Hölderlin, llegando, por su paso voluntario, al borde del Etna, es la muerte del último mediador entre los mortales y el Olimpo, es el fin de lo infinito sobre la tierra, la llama que vuelve a su fuego de nacimiento y que deja como única huella que permanece, lo que justamente debía ser abolido por su muerte: la forma hermosa y cerrada de la individualidad; después de Empédocles, el mundo será colocado bajo el signo de la finitud, en este hueco sin condición en el que reina la Ley, la dura ley del límite; la individualidad tendrá como destino tomar siempre una figura en la objetividad que la manifiesta y la oculta, que la niega y la funde: "Aquí aún, lo subjetivo y lo objetivo cambian su figura". De una manera que puede parecer extraña a la primera mirada, el movimiento que sostiene el lirismo del siglo XIX forma una unidad con éste por el cual el hombre ha tomado un conocimien-

to positivo de él mismo; ¿pero es preciso asombrarse de que las figuras del saber y del lenguaje obedezcan a la misma ley profunda, que la irrupción de la finitud pese, de la misma manera, sobre esta relación del hombre con la muerte que, aquí, permite un discurso científico bajo una forma racional, y allá abre la fuente de un lenguaje que se despliega indefinidamente en el vacío dejado por la ausencia de los dioses?

La formación de la medicina clínica, no es más que uno de los más visibles testimonios de estos cambios en las estructuras fundamentales de la experiencia; puede verse que éstos han comprometido mucho más de lo que se puede descifrar por la lectura cursiva del positivismo. Pero cuando se hace la investigación vertical de este positivismo, se ve aparecer, a la vez oculta por él, pero indispensable para que nazca, toda una serie de figuras que serán liberadas a continuación y paradójicamente utilizadas contra él. En particular, lo que la fenomenología le opondrá con mayor obstinación estaba presente ya en sus estructuras de basamento: los poderes originarios de lo percibido y su correlación con el lenguaje, en las formas originarias de la experiencia, la organización de la objetividad a partir de los valores del signo, la estructura secretamente lingüística de lo dado, el carácter constituyente de la espacialidad corporal, la importancia de la finitud en la relación del hombre con la verdad y en el fundamento de esta relación, todo esto estaba ya en juego en la génesis del positivismo.

En juego, pero olvidado para su provecho. Aunque el pensamiento contemporáneo, creyendo haber escapado a él desde fines del siglo XIX, no ha hecho más que volver a descubrir poco a poco lo que él había hecho posible. La cultura europea, en los últimos años del siglo XVIII, ha trazado una estructura que no está aún desenredada; apenas se comienzan a desenrollar algunos hilos, que nos son aún tan

desconocidos que los tomamos de buena gana por maravillosamente nuevos, o absolutamente arcaicos, mientras que, desde hace dos siglos (no menos y no obstante no mucho más), han constituido la trama sombría pero sólida de nuestra experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

I. NOSOLOGÍA

Alibert, J. L., *Nosologie naturelle* (París, 1817).

Boissier de Sauvages, Fr., *Nosologie méthodique* (trad., Lyon, 1772, 10 vol.).

Capuron, J., *Nova medicinae elementa* (París, 1804).

Cullen, W., *Apparatus ad nosologiam methodicam* (Amsterdam, 1775).

—— *Institutions de médecine pratique* (trad., París, 1785).

Ch., J. J., *Nosographiae compendium* (París, 1816).

Chaussier, Fr., *Table générale des méthodes nosologiques* (París, s. d.).

Dupont, J. Ch., *Y a-t-il de la différence dans les systèmes de classification dont on se sert avec avantage dans l'étude de l'histoire naturelle et ceux qui peuvent être profitables à la connaissance des maladies?* (Bordeaux, 1803).

Duret, F. J. J., *Tableau d'une classification générale des maladies* (París, 1813).

Fercoq, G. A., *Synonymie ou concordance de la nomenclature de la Nosographie philosophique du Pr Pinel avec les anciennes nosologies* (París, 1812).

Frank, J. P., *Synopsis nosologiae methodicae* (Ticini, 1790).

Latour, F. D., *Nosographie synoptique* (París, 1810, sólo 1 vol. aparecido).

Linné, C., *Genera morborum* (trad. *apud* Sauvages, cf. *supra*).

Pinel, Ph., *Nosographie philosophique* (París, an VI).

Sagar, J. B. M., *Systema morborum systematicum* (Viena, 1771).

Sydenham, Th. *Médecine pratique* (trad., París, 1784).

Voulonne, *Déterminer les maladies dans lesquelles la*

médecine agissante est préférable à l'expectante (Aviñón, 1776).

II. POLICÍA Y GEOGRAFÍA MÉDICAS

Audin-Rouvière, J. M., *Essai sur la topographie physique et médicale de Paris* (París, año II).
Bacher, A., *De la médecine considérée politiquement* (París, año IX).
Banau y Turben, *Mémoires sur les épidémies du Languedoc* (París, 1766).
Barberet, D., *Mémoire sur les maladies épidémiques des bestiaux* (París, 1766).
Bienville, J. D. T., *Traité des erreurs populaires sur la médecine* (La Haya, 1775).
Cattet, J. J., y Gardet (J. B.), *Essai sur la contagion* (París, año II).
Cerveau, M., *Dissertation sur la médecine des casernes* (París, 1803).
Clerc, *De la contagion* (San-Petersburgo, 1771).
Colombier, J. *Préceptes sur la santé des gens de guerre* (París, 1775).
— *Code de médecine militaire* (5 vols., París, 1772).
Daignan, G., *Ordre du service des hôpitaux militaires* (París, 1785).
— *Tableau des variétés de la vie humaine* (2 vols., París, 1786).
— *Centuries médicales du* XIX *siècle* (París, 1807-1808).
Daignan, G., *Conservatoire de Santé* (París, 1802).
Desgenettes, R. N., *Histoire médicale de L'armée d'Orient* (París, 1802).
— *Opuscules* (El Cairo, s. d.).
Fouquet, H., *Observations sur la constitution des six premiers mois de l'an V à Montpellier* (Montpellier, año VI).
Frank, J. P., *System einer vollständigen medizinischen Polizei* (4 vol., Mannheim, 1779-1790).
Frier, F., *Guide pour la conservation de l'homme* (Grenoble, 1789).
Gachet, L. E., *Problème médico-politique pour ou contre les arcanes* (París, 1791).

Gachet, M., *Tableau historique des événements présents relatif à leur influence sur la santé* (París, 1790).
Ganne, A., *L'homme physique et moral* (Estrasburgo, 1791).
Guindant, T., *La nature opprimée par la médecine moderne* (París, 1768).
Guyton-Morveau, L. B., *Traité des moyens de désinfecter l'air* (París, 1801).
Hautesierck, F. M., *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires* (2 vols., París, 1766-1772).
Hildenbrand, J. V., *Du typhus contagieux* (trad., París, 1811).
De Horne, D. R., *Mémoire sur quelques objects qui intéressent plus particulièrement la salubrité de la ville de Paris* (París, 1788).
Instruction sur les moyens d'entretenir la salubrité et de purifier l'air des salles dans les hôpitaux militaires (París, año II).
Jacquin, A. P., *De la Santé* (París, 1762).
Lafon, J. B., *Philosophie médicale* (París, 1796).
Lanthenas, F., *De l'influence de la liberté sur la santé, la morale et le bonheur* (París, 1798).
Laugier, E. M., *L'art de faire cesser la peste* (París, 1784).
Lebègue de Presle, *Le conservateur de Santé* (París, 1772).
Lebrun, *Traité théorique sur les maladies épidémiques* (París, 1776).
Lepecq de La Cloture, L., *Collection d'observations sur les maladies et constitutions épidémiques* (2 vol., Rouen, 1778).
Lioult, P. J., *Les charlatans dévoilés* (París, año VIII).
Mackenzie, J., *Histoire de la santé et de l'art de la conserver* (La Haya, 1759).
Maret, M., *Quelle influence les moeurs des français ont sur leur santé* (Amiens, 1772).
Médecine militaire ou Traité des maladies tant internes qu'externes auxquelles les militaires sont exposés pendant la paix ou la guerre (6 vols., París, 1778).

Menuret, J. J., *Essai sur l'action de l'air dans les maladies contagieuses* (París, 1781).

— *Essai sur l'histoire médico-topographique de Paris* (París, 1786).

Murat, J. A., *Topographie médicale de la ville de Montpellier* (Montpellier, 1810).

Nicolas, P. F., *Mémoires sur les maladies épidémiques qui ont régné dans la province de Dauphiné* (Grenoble, 1786).

Petit, M. A., *Sur l'influence de la Révolution sur la santé publique* (1796).

— en *Essai sur la médecine du coeur* (Lyon, 1806).

Pichler, J. F. C., *Mémoire sur les maladies contagieuses* (Estrasburgo, 1786).

Préceptes de santé ou Introduction au Dictionnaire de Santé (París, 1772).

Quatroux, Fr., *Traité de la peste* (París, 1771).

Razoux, J., *Tables nosologiques et météorologiques dressées à l'Hôtel Dieu de Nîmes* (Basilea, 1767).

Réflexions sur le traitement et la nature des épidémies lues à la Société Royale de Médecine le 27 mai 1785 (París, 1785).

Roy-Desjoncades, A., *Les lois de la nature applicables aux lois physiques de la médecine* (2 vols., París, 1788).

Rochard, C. C. T., *Programme de cours sur les maladies épidémiques* (Estrasburgo, año XIII).

Ruette, F., *Observations cliniques sur une maladie épidémique* (París, s. d.).

Salverte, E., *Des rapports de la médecine avec la politique* (París, 1806).

Souquet, *Essai sur l'histoire topographique médico-physique du district de Boulogne* (Boloña, año II).

Tallavignes, J. A., *Dissertation sur la médecine où l'on prouve que l'homme civilisé est plus sujet aux maladies graves* (Carcasona, 1821).

Thiery, *Voeux d'un patriote sur la médecine en France* (París, 1789).

III. REFORMA DE LA PRÁCTICA Y DE LA ENSEÑANZA

Appel à la raison ou voeu de l'humanité.
Baraillon, J. F., *Rapport sur la partie de police qui tient à la médecine, 8 germ. an VI* (París, año VI).
— *Opinion sur le projet de la commission d'Instruction publique relatif aux Écoles de Médecine, 7 germ. an VI* (París, año VI).
Baumes, J. B. J., *Discours sur la nécessité des sciences dans une nation libre* (Montpellier año III).
Cabanis, P. J. G., *Oeuvres* (2 vols., París, 1956).
Calès, J. M., *Projet sur les Écoles de Santé, 12 prairial an V* (París, año V).
— *Opinion sur les Écoles de Médecine, 17 germinal an VI* (París, año VI).
Cantin, D. M. J., *Projet de réforme adressé à l'Assemblée Nationale* (París, 1790).
Caron, J. F. C., *Réflexions sur l'exercice de la médecine* (París, 1804).
— *Projet de règlement sur l'art de guérir* (París, 1801).
Colon de Divol, *Réclamations des maladies de Bicêtre* (París, 1790).
Coqueau, C. P., *Essai sur l'établissement des hôpitaux dans les grandes villes* (París, 1787).
Chambeau de Montaux, *Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner la médecine* (París, 1787).
Daunou, P. C., *Rapports sur les Écoles spéciales* (París, año V).
Demangeon, J. B. *Tableau d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague* (París, año VII).
— *Des moyens de perfectionner la médecine* (París, 1804).
Desmonceaux, A., *De la bienfaisance nationale* (París, 1787).
Duchanoy, *Projet d'organisation médicale* (s. l. n. d.).
Du Laurens, J., *Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner les médecins* (París, 1787).
Dupont de Nemours, P., *Idées sur les secours à don-*

ner aux pauvres malades dans une grande ville (París, 1786).

Ehrmann, J. F., *Opinion sur le projet de Vitet, 14 germinal an VI* (París, año VI).

Essai sur la réformation de la société dite de médecine (París, año VI).

État actuel de l'École de Santé (París, año VI).

Fourcroy, A. F., *Rapport sur l'enseignement libre des sciences et des arts* (París, año II).

—— *Exposé des motifs du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine* (París, s. d.).

—— *Rapport sur les Écoles de Médecine, frimaire an III* (París, año III).

—— *Discours sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine, 19 ventôse an XI* (París, año XI).

Fourot, *Essai sur les concours en médecine* (París, 1786).

Gallot, J. G., *Vues générales sur la restauration de l'art de guérir* (París, 1790).

Géraud, M., *Projet de décret sur l'organisation civile des médecins* (París, 1791).

Guillaume, J., *Procès-verbaux du Comité d'Instruction publique* (París, 1889).

Guillemardet, F. P., *Opinion sur les Écoles spéciales de Santé, 14 germinal an VI* (París, año VI).

Imbert, J., *Le droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire* (París, 1954).

Instituta facultatis medicae Vidobonensis, curante Ant. Storck (Viena, 1775).

Jadelot, N., *Adresse à Nos Seigneurs de l'Assemblée Nationale sur la nécessité et les moyens de perfectionner l'enseignement de la médecine* (Nancy, 1790).

Lefèvre, J., *Opinion sur le projet de Vitet, 16 germinal an VI* (París, año VI).

Lespagnol, N. L., *Projet d'établir trois médecins par district pour le soulagement des gens de la campagne* (Charleville, 1790).

Marquais, J. Th., *Rapport au Roi sur l'état actuel de la médecine en France* (París, 1814).

Menuret, J. J., *Essai sur les moyens de former de bons médecins* (París, 1791).

Motif de la réclamation de la Faculté de Médecine de Paris contre l'établissement de la Société Royale de Médecine (s. l. n. d.; el autor es Vacher de la Feutrie).

Observations sur les moyens de perfectionner l'enseignement de la médecine en France (Montpellier, año V).

Pastoret, C. E., *Rapport sur un mode provisoire d'examen pour les officiers de Santé (19 thermidor an V)* (París, año V).

Petit, A., *Projet de réforme sur l'exercice de la médecine en France* (París, 1791).

—— *Sur la meilleure manière de construire un hôpital* (París, 1774).

Plan de travail présenté à la Société de Médecine de Paris (París, año V).

Plan général d'enseignement dans l'École de Santé de Paris (París, año III).

Porcher, G. C., *Opinion sur la résolution du 19 fructidor an V, 16 vendémiaire an VI* (París, año VI).

Précis historique de l'établissement de la Société Royale de Médecine (s. l. n. d.).

Prieur de la Côte-d'Or, C. A., *Motion relative aux Écoles de Santé* (París, año VI).

Programme de la Société Royale de Médecine sur les cliniques (París, 1792).

Programme des cours d'enseignement dans l'École de Santé de Montpellier (París, año III).

Prunelle, Cl. V., *Des Écoles de Médecine, de leurs connexions et de leur méthodologie* (París, 1816).

Recueil de discours prononcés à la Faculté de Montpellier (Montpellier, 1820).

Régnault, J. B., *Considérations sur l'état de la médecine en France depuis la Révolution jusqu'à nos jours* (París, 1819).

Retz, N., *Exposé succinct à l'Assemblée Nationale sur les Facultés et Sociétés de Médecine* (París, 1790).

Royer, P. F., *Bienfaisance médicale et projet financier* (Provins, año IX).

—— *Bienfaisance médicale rurale* (Troyes, 1814).

Sabarot de l'Avernière, *Vue de législation médicale adressée aux États généraux* (s. l., 1789).

Tissot, S. A. D., *Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine* (Lausana, 1785).
Vicq d'Azyr, F., *Oeuvres* (6 vols., París, 1805).
Vitet, L., *Rapport sur les Écoles de Santé, 17 ventôse an VI* (París, año VI).
Würtz, *Mémoire sur l'établissement des Écoles de Médecine pratique* (París, 1784).

IV. LOS MÉTODOS

Amard, L. V. F., *Association intellectuelle* (2 vols., París, 1821).
Amoreux, P. J., *Essai sur la médecine des arabes* (Montpellier, 1805).
Audibert-Caille, J. M., *Mémoire sur l'utilité de l'analogie en médecine* (Montpellier, 1814).
Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes* (trad. en Rozière de la Chassaigne, *Manuel des pulmoniques,* París, 1763).
Beullac, J. P., *Nouveau guide de l'étudiant en médecine* (París, 1824).
Bordeu, Th., *Recherches sur le pouls* (4 vols., París, 1779-1786).
Bouillaud, J., *Dissertation sur les généralités de la clinique* (París, 1831).
Broussonnet, J. L. V., *Tableau élémentaire de séméiotique* (Montpellier, año VI).
Brulley, C. A., *Essai sur l'art de conjecturer en médecine* (París, año X).
Bruté, S. G. G., *Essai sur l'histoire et les avantages des institutions cliniques* (París, 1803).
Clos de Sorèze, J. A., *De l'analyse en médecine* (Montpellier, año V).
Corvisart, J. N., *Essai sur les maladies et lésions du coeur et des gros vaisseaux* (París, 1806).
Chomel, J. B. L., *Essai historique sur la médecine en France* (París, 1762).
Dardonville, H. *Réflexions pratiques sur les dangers des systèmes en médecine* (París, 1818).
Demorcy-Delettre, J. B. E., *Essai sur l'analyse appliquée au perfectionnement de la médecine* (París, 1818).

Double, F. J., *Séméiologie générale ou Traité des signes et de leur valeur dans les maladies* (3 vols., París, 1811-1822).
Duvivier, P. H., *De la médecine considérée comme science et comme art* (París, 1826).
Essyg, *Traité du diagnostic médical* (trad., París, año XII).
Fabre, *Recherche des vrais principes de l'art de guérir* (París, 1790).
Fouquet, H., *Discours sur la clinique* (Montpellier, año XI).
Fordyce, G., *Essai d'un nouveau plan d'observations médicales* (trad., París, 1811).
Frank, J. P., *Ratio instituti clinici Vicinencis* (Viena, 1797).
Gilbert, N. P., *Les théories médicales modernes comparées entre elles* (París, año VII).
Girbal, A., *Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier* (Montpellier, 1857).
Goulin, J., *Mémoires sur l'histoire de la médecine* (París, 1779).
Hélian, M., *Dictionnaire de diagnostic ou l'art de connaître les maladies* (París, 1771).
Hildenbrand, J., *Médecine pratique* (trad., París, 1824, 2 vols.).
Landré-Beauvais, A. J., *Séméiotique ou traité des signes des maladies* (París, 1810).
Leroux, J. J., *Cours sur les généralités de la médecine* (París, 1818).
— *École de Médecine. Clinique interne* (París, 1809)
Lordat, J., *Conseils sur la manière d'étudier la physiologie de l'homme* (Montpellier, 1813).
— *Perpétuité de la médecine* (Montpellier, 1837).
Mahon, P. A. O., *Histoire de la médecine clinique* (París, año XII).
Martinet, L., *Manuel de clinique* (París, 1825).
Magrier, J. P., *Guide de l'étudiant en médecine* (París, 1807).
Menuret, J. J., *Traité du pouls* (París, 1798).
Moscati, P., *De l'emploi des systèmes dans la médecine pratique* (Estrasburgo, año III).

Petit, M. A., *Collection d'observations cliniques* (Lyon, 1815).
Pinel, Ph., *Médecine clinique* (París, 1802).
Piorry, P. A., *Tableau indiquant la manière d'examiner et d'interroger le malade* (París, 1832).
Rostan, L., *Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques* (6 vols, París, 1826).
Roucher-Deratte, Cl., *Leçons sur l'art d'observer* (París, 1807).
Selle, Ch. G., *Médecine clinique* (trad., Montpellier, 1787).
— *Introduction à l'étude de la nature et de la médecine* (trad., Montpellier, año III).
Sénebier, J., *Essai sur l'art d'observer et de faire des expériences* (3 vols., 1802).
Thiery, F., *La médecine expérimentale* (París, 1755).
Vaidy, J. V. F., *Plan d'études medicales à l'usage des aspirants* (París, 1816).
Zimmermann, G., *Traité de l'expérience en médecine* (trad., París, 1774, 3 vols.).

V. ANATOMÍA PATOLÓGICA

Baillie, M., *Anatomie pathologique des organes les plus importants du corps humain* (trad., París, 1815).
Bayle, G. L., *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (París, 1810).
Bichat, X., *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine* (París, 1801, 3 vols.).
— *Anatomie pathologique* (París, 1825).
— *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (París, año VIII).
— *Traité des membranes* (París, 1807).
Bonet, Th., *Sepulchretum* (3 vols., Lyon, 1700).
Breschet, G., *Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques* (6 vols., París, 1826-1828).
Cailliot, L., *Éléments de pathologie et de physiologie pathologique* (2 vols., París, 1819).
Cruveilhier, J., *Essai sur l'anatomie pathologique en général* (2 vols., París, 1816).

Chomel, A. F., *Éléments de pathologie générale* (París, 1817).
Dezeimeris, J. E., *Aperçu rapide des découvertes en anatomie pathologique* (París, 1830).
Guillaume, A., *De l'influence de l'anatomie pathologique sur les progrès de la médecine* (Dôle, 1834).
Laënnec, R., *Traité de l'auscultation médiate* (2 vols., París, 1819).
—— *Traité inédit de l'anatomie pathologique* (París, 1884).
Lallemand, F., *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances* (2 vols., París, 1820).
Morgagni, J. B., *De sedibus et causis morborum* (Venecia, 1761).
Portal, A., *Cours d'anatomie médicale* (5 vols., París, año XII).
Prost, P. A., *La médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps* (2 vols., París, año XII).
Rayer, P., *Sommaire d'une histoire abrégée de l'anatomie pathologique* (París, 1818).
Ribes, Fr., *De l'anatomie pathologique considérée dans ses vrais rapports avec la science des maladies* (2 vols., París, 1828-1834).
Richerand, B. A., *Histoire des progrès récents de la chirurgie* (París, 1825).
Saucerotte, C., *De l'influence de l'anatomie pathologique sur les progrès de la médecine* (París, 1834).
Tacheron, C. F., *Recherches anatomo-pathologiques sur la médecine pratique* (3 vols. París, 1823).

VI. LAS FIEBRES

Barbier, J. B. G., *Réflexions sur les fièvres* (París, 1822).
Boisseau, F. G., *Pyrétologie physiologique* (París, 1823).
Bompard, A., *Description de la fièvre adynamique* (París, 1815).
Bouillaud, J., *Traité clinique ou expérimental des fièvres dites esentielles* (París, 1830).

Broussais, F. J. V., *Catéchisme de médecine physiologique* (París, 1824).
— *Examen des doctrines médicales* (París, 1821).
— *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques* (París, 1808, 2 vols.).
— *Leçons sur la phlegmasie gastrique* (París, 1819).
— *Mémoire sur l'influence que les travaux des médecins physiologistes ont exercée sur l'état de la médecine* (París, 1832).
— *Traité de physiologie apliquée à la pathologie* (2 vol., 1822-1823).
Caffin, J. F., *Quelques mots de réponse à un ouvrage de M. Broussais* (París, 1818).
Castel, L., *Réfutation de la nouvelle doctrine médicale de M. le Dr. Broussais* (París, 1824).
Collineau, J. C., *Peut-on mettre en doute l'existence des fièvres essentielles?* (París, 1823).
Chambon de Montaux, *Traité de la fièvre maligne simple et des fièvres compliquées de malignité* (4 vols., París, 1787).
Chauffard, H., *Traité sur les fièvres prétendues essentielles* (París, 1825).
Chomel, A. F., *De l'existence de fièvres* (París, 1820).
— *Des fièvres et des maladies pestilentielles* (París, 1821).
Dagoumer, Th., *Précis historique de la fièvre* (París, 1831).
Dardonville, H., *Mémoire sur les fièvres* (París, 1821).
Ducamp, Th., *Réfletions critiques sur les écrits de M. Chomel* (París, 1821).
Fodéra, M., *Histoire de quelques doctrines médicales comparées à celles de M. Broussais* (París, 1818).
Fournier, M., *Observations sur les fièvres putrides et malignes* (Dijon, 1775).
Gérard, M., *Peut-on mettre en doute l'existence des fièvres essentielles?* (París, 1823).
Giannini, *De la nature des fièvres* (trad., París, 1808).
Giraudy, Ch. *De la fièvre* (París, 1821).
Grimaud, M. de, *Cours complet ou Traité des fièvres* (3 vols., Montpellier, 1791).
Hernandez, J. F., *Essai sur le typhus* (París, 1816).
Hoffmann, F., *Traité des fièvres* (trad., París, 1746).

Hufeland, C. W., *Observations sur les fièvres nerveusses* (trad., Berlín, 1807).
Huxham, J., *Essai sur les différentes spèces de fièvres* (trad., París, 1746).
Larroque, J. B. de, *Observations cliniques opposées à l'examen de la nouvelle doctrine* (París, 1818).
Leroux, F. M., *Opposition aux erreurs de la science médicale* (París, 1817).
Lesage, L. A., *Danger et absurdité de la doctrine physiologique* (París, 1823).
Monfalcon, J. B., *Essai pour servir à l'histoire des fièvres adynamiques* (Lyon, 1823).
Mongellaz, P. J., *Essai sur les irritations intermittentes* (2 vols., París, 1821).
Pascal, Ph., *Tableau synoptique du diagnostic des fièvres essentielles* (París, 1818).
Petit, M. A., *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* (París, 1813).
Petit-Radel, Ph., *Pyrétologie médicale* (París, 1812).
Quitard-Piorry, H. H., *Traité sur la non-existence des fièvres essentielles* (París, 1830).
Roche, L. Ch., *Réfutation des objections faites à la nouvelle doctrine des fièvres* (París, 1821).
Roederer y Wagler, *Tractatus de morbo mucoso* (Gotinga, 1783).
Roux, G., *Traité des fièvres adynamiques* (París, 1812).
Selle, Ch. G., *Élémcnts de pyrétologie méthodique* (trad., Lyon, año IX).
Stoll, M., *Aphorismes sur la connaissance et la curation des fièvres* (trad., París, año V).
Tissot, S. A. D., *Dissertation sur les fièvres bilieuses* (trad., París, año VIII).